

Aus dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin  
der Ludwig-Maximilians-Universität München  
Vorstand: Prof. Dr. Georg Marckmann, MPH

**Ethische Fallbesprechung in der Klinik:  
Die praktische Bedeutung theoretischer Modelle**

**Dissertation**

zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Julia Veronika Heiland  
aus Garmisch-Partenkirchen

2018

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Dr. Ralf J. Jox

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Claudia Bausewein  
Prof. Dr. Elisabeth Mützel

Dekan: Prof. Dr. med. dent. Reinhard Hickel

Tag der mündlichen Prüfung: 19.04.2018

# Inhaltsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| 1. Einleitung .....  | 5  |
| 1.1. Ethik und Medizinethik.....   | 5  |
| 1.2. Klinische Ethikberatungsstrukturen .....                                | 6  |
| 1.3. Klinisch-ethische Fallbesprechungen.....                                | 8  |
| 1.4. Evaluation und Qualitätsverbesserung .....                              | 13 |
| 1.5. Fragestellungen .....   | 15 |
| 2. Methodik .....  | 16 |
| 2.1. Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung ..... | 16 |
| 2.1.1. Identifizierung der Modelle.....                                      | 16 |
| 2.1.2. Kriterien .....   | 16 |
| 2.2. Fragebogenstudie .....  | 17 |
| 2.2.1. Fragebogenentwicklung .....   | 17 |
| 2.2.2. Fragen.....   | 17 |
| 2.2.3. Datenerhebung .....   | 17 |
| 2.2.4. Auswertung .....  | 18 |
| 2.3. Fallbesprechungsstudie .....  | 18 |
| 2.3.1. Studiendesign .....   | 18 |
| 2.3.2. Auswahl des Falls.....  | 19 |
| 2.3.3. Auswahl der Modelle und der Moderatoren.....                          | 21 |
| 2.3.4. Rekrutierung der Schauspieler .....                                   | 22 |
| 2.3.5. Rollenprofile und Instruktionen .....                                 | 23 |
| 2.3.6. Rahmen und Ablauf der Fallbesprechungen .....                         | 26 |
| 2.3.7. Aufzeichnung .....  | 27 |
| 2.3.8. Nachbesprechungen .....   | 27 |
| 2.3.9. Transkription .....   | 27 |
| 2.3.10. Gesprächsanalyse .....   | 27 |
| 3. Ergebnisse .....  | 30 |
| 3.1. Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung ..... | 30 |
| 3.1.1. Philosophischer/ theoretischer Ansatz .....                           | 30 |
| 3.1.2. Zielsetzungen .....   | 31 |
| 3.1.3. Form .....  | 31 |
| 3.1.4. Prozessregeln.....  | 32 |

|   |     |
|---|-----|
| 3.1.5. Teilnehmer.....  | 33  |
| 3.1.6. Methode der Informationssammlung.....  | 33  |
| 3.1.7. Ermittlung von Handlungsoptionen.....  | 34  |
| 3.1.8. Normative Abwägung.....  | 34  |
| 3.2. Fragebogenstudie.....  | 35  |
| 3.3. Fallbesprechungsstudie.....  | 48  |
| 3.3.1. Zusammenfassung der Fallbesprechungen.....                                     | 48  |
| 3.3.2. Gesprächsergebnisse und ihre Entstehung.....                                   | 51  |
| 3.3.3. Ethische Deliberation.....   | 55  |
| 3.3.4. Typisierung der Moderatoren.....   | 62  |
| 4. Diskussion.....  | 68  |
| 4.1. Analyse der Modelle.....   | 68  |
| 4.2. Anwendung der Modelle.....   | 72  |
| 4.3. Beziehung zwischen Modell und Gesprächsergebnis und Einfluss des Moderators..... | 76  |
| 4.4. Qualität in der Ethikberatung.....   | 79  |
| 4.5. Limitationen.....  | 82  |
| 4.6. Ausblick.....  | 82  |
| 5. Zusammenfassung.....   | 84  |
| 6. Literaturverzeichnis.....  | 87  |
| 7. Anhang.....  | 91  |
| 7.1. Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung.....           | 91  |
| 7.2. Fragebogen.....  | 103 |
| 7.3. Transkription Fallbesprechungsstudie.....  | 105 |
| 7.3.1. Transkriptionsregeln.....  | 105 |
| 7.3.2. Transkript Fallbesprechung A.....  | 106 |
| 7.3.3. Transkript Fallbesprechung B.....  | 133 |
| 7.3.4. Transkript Fallbesprechung C.....  | 154 |
| 8. Danksagung.....  | 185 |
| 9. Eidesstattliche Versicherung.....  | 186 |

## 1. Einleitung

### 1.1. Ethik und Medizinethik

Die Ethik ist eine philosophische Disziplin, die sich mit der methodischen Reflexion über die Moral befasst. Letztere bezeichnet die Gesamtheit der Normen und Ideale einer Gesellschaft bezüglich des menschlichen Handelns.

Auf Basis der Ethik als Grundlagendisziplin hat sich die angewandte Ethik mit verschiedenen Bereichsethiken entwickelt. Dazu gehört die Medizinethik, die sich mit den moralischen Fragen der Medizin beschäftigt. Prominentester theoretischer Ansatz zum Umgang mit diesen Fragestellungen ist die von den Bioethikern Tom L. Beauchamp und James F. Childress entwickelte Prinzipienethik [9]. Diese benennt Grundregeln, die in wertpluralen Gesellschaften überwiegend zustimmungsfähig sind [23].

**Tabelle 1: Prinzipien der biomedizinischen Ethik nach T. L. Beauchamp und J. F. Childress**

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| Respekt vor der Autonomie | Schadensvermeidung |
| Fürsorge                  | Gerechtigkeit      |

Quelle: [9]

Die Beschäftigung mit medizinethischen Fragen ist so alt wie die Medizin, soweit diese als schriftliche Disziplin bekannt ist. Stets wurden auch die ethischen Aspekte medizinischen Handelns normiert [23]. Ein Zeugnis davon ist der hippokratische Eid, der etwa 400 v. Chr. entstand und als erste grundlegende Formulierung einer ärztlichen Ethik angesehen wird [6].

Eine neue Entwicklung in der Medizinethik begann in der zweiten Hälfte des 20.

Jahrhunderts, als eine Institutionalisierung einsetzte und medizinethische Themen nicht mehr nur innerhalb der Profession, sondern öffentlich diskutiert wurden [23]. Die Gründe für die zunehmende Relevanz dieser Themen und das Interesse der Gesellschaft daran sind unter anderem wissenschaftliche Innovationen, ökonomische Zwänge und die gesellschaftliche Entwicklung hin zu mehr Pluralismus und einer zunehmenden Bedeutung der Selbstbestimmung.

Der klinische Alltag in der Medizin ist derzeit geprägt von komplexen Entscheidungen mit ethischer Relevanz. Häufige ethische Fragen, mit denen im Gesundheitswesen Tätige konfrontiert werden, sind Therapieentscheidungen für nicht einwilligungsfähige Patienten, Uneinigkeit im Behandlungs- und Pflorgeteam, Therapiebegrenzung am Lebensende und der Umgang mit begrenzten Ressourcen [27]. Weitere relevante ethische Fragen, die häufige

Themen der Ethikberatung sind, ergeben sich in den Bereichen der Reproduktionsmedizin, der Spätabtreibung und bei der Anwendung von Zwangsmaßnahmen und freiheitsbeschränkenden Maßnahmen.

## **1.2. Klinische Ethikberatungsstrukturen**

Die klinische Medizinethik gewann in den 1960er Jahren zunehmend an Bedeutung. Durch neu entwickelte Techniken wie die Dialyse oder die künstliche Beatmung entstand vielerorts die Situation, dass die Kapazitäten weit geringer waren als die Zahl der Patienten, die dieser Techniken bedurften. In amerikanischen Kliniken bildeten sich daraufhin Gremien, die eine gerechte Zuteilung der Ressourcen unterstützen sollten. Diese waren die Vorläufer der ab den 1970er Jahren an vielen Kliniken gegründeten *Health Care Ethics Committees (HEC)* [55]. Der Aufgabenbereich der Ethikkomitees hat sich mittlerweile enorm erweitert auf eine große Bandbreite an medizinethischen Fragestellungen. Mittlerweile müssen in den USA alle Krankenhäuser für ihre Akkreditierung eine Struktur zum Umgang mit ethischen Konflikten nachweisen [61].

An diese Entwicklung knüpften in Deutschland der evangelische und der katholische Krankenhausverband an. 1997 empfahlen sie in einer gemeinsamen Stellungnahme die Einrichtung Klinischer Ethik-Komitees an konfessionellen Krankenhäusern [16]. Dadurch wurde die Institutionalisierung klinischer Ethik in Deutschland vorangetrieben [55] und inzwischen empfiehlt die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer allen Einrichtungen des Gesundheitswesens die Einrichtung klinischer Ethikberatungsstrukturen [63].

Gremien zur Ethikberatung werden häufig von der Führungsebene einer Gesundheitseinrichtung gegründet, mitunter im Rahmen von Zertifizierungsprozessen, da institutionalisierte Ethikberatungsstrukturen in verschiedenen Zertifizierungsverfahren positiv bewertet werden. Bei dieser Initiative „von oben“ (Top-down-Prinzip) ist vorteilhaft, dass initial schon die strukturellen Voraussetzungen für die entsprechenden Gremien geschaffen werden. Eine weitere Möglichkeit ist die Bildung von Gremien zur Ethikberatung auf Anstoß der Mitarbeiter hin (Bottom-up-Prinzip), die Bedarf an Austausch über und Beratung zu medizinethischen Themen haben. Dieser Ansatz bietet den Vorteil, dass die Strukturen von vorneherein besser in der Mitarbeiterschaft verankert sein können und möglicherweise größere Akzeptanz erfahren. Für eine erfolgreiche Tätigkeit ethischer Beratungsstrukturen ist sowohl eine Beteiligung der Mitarbeiter als auch die Unterstützung durch die Leitungsebene notwendig. Die häufigste Form des Ethikberatungsgremiums, das Ethikkomitee, besteht aus

5-20 Mitgliedern aus unterschiedlichen Berufsgruppen, Fachdisziplinen und Hierarchieebenen. Es sollten ärztliche, pflegerische und medizinethisch ausgebildete Mitarbeiter beteiligt sein. Letztere können hauptberufliche Medizinethiker sein oder auch klinisch tätige Fachkräfte mit medizinethischer Zusatzausbildung. Außerdem ist die Beteiligung von Fachkräften aus dem juristischen, administrativen, psychosozialen und seelsorgerischen Bereich wünschenswert. Das Ethikkomitee legt eine Geschäftsordnung oder Satzung fest. Es haben sich verschiedene Modelle herausgebildet, wie die Komitees Einzelfallbesprechungen durchführen. Häufig wird die Besprechung durch eine Untergruppe des Komitees oder eine mobile Ethikberatungsgruppe moderiert. Außerdem gibt es die Möglichkeit, dass speziell beauftragte, medizinethisch ausgebildete Personen an der Visite teilnehmen. Neben dem Ethikkomitee gibt es das Modell des einzelnen Ethikberaters, der an einer Klinik angestellt ist. Außerdem haben sich weitere, informellere und offenere Strukturen zum Austausch über medizinethische Themen entwickelt wie Ethik-Cafés, Ethik-AGs und Ethikforen, an denen sich interessierte Mitarbeiter beteiligen können [63], [1].

Von klinischen Ethikkomitees zu unterscheiden sind Ethikkommissionen. Diese werden von deutschen Bundesländern, Universitäten und Ärztekammern eingesetzt und haben den Auftrag, Wissenschaftler, die Forschung im klinisch-medizinischen Bereich betreiben, in ethischen und rechtlichen Belangen zu beraten und zu kontrollieren [17].

In Deutschland hat die klinische Ethikberatung bereits weite Verbreitung gefunden. In einer Umfrage von 2014 gaben 75% der Krankenhäuser an, mindestens eine Struktur der klinischen Ethikberatung eingerichtet zu haben [52]. Wahrscheinlich ist diese Schätzung allerdings überbewertend, da nur ein Teil der angefragten Kliniken an der Umfrage teilnahmen. Die Krankenhäuser, die bisher keine Strukturen implementiert hatten, gaben als Begründung an, dass ethische Probleme ausschließlich im Behandlungsteam gelöst würden, es an der Priorität für Ethikberatung mangle oder bisher keine relevanten moralischen Konflikte bekannt worden seien. Weitere Begründungen waren ein hoher Zeitaufwand und mangelnde Akzeptanz. Die häufigste Struktur klinischer Ethikberatung war das klinische Ethikkomitee, gefolgt von der Durchführung von Ethik-Fallberatungen in anderen Strukturen, Konsiliardiensten und Arbeitsgruppen. Ärzte, Pflegedienstmitarbeiter und Theologen bzw. Seelsorger waren an allen Krankenhäusern an der Ethikberatung beteiligt. An einigen Krankenhäusern nahmen außerdem Sozialdienstmitarbeiter, Psychologen, Vertreter der Klinikleitung, Juristen und Ethiker bzw. Philosophen teil. Die Implementierung klinischer Ethikberatungsstrukturen begann in Deutschland in der Breite bis auf wenige Ausnahmen ab dem Jahr 2000. In 71% der

teilnehmenden Krankenhäuser wurde die Ansicht vertreten, dass durch die klinische Ethikberatung ethische Grenzsituationen und Probleme umfassend gelöst würden.

Hauptaufgabe klinischer Ethikkomitees ist die Durchführung klinisch-ethischer Fallbesprechungen. Die ethischen Entscheidungsprozesse sollen transparent gestaltet und an akzeptierbaren moralischen Prinzipien ausgerichtet werden. Das übergeordnete Ziel der Komitees ist eine ethisch gut begründete klinische Praxis, also das Treffen „guter Entscheidungen“ in „guten Entscheidungsprozessen“ [1].

**Tabelle 2: Ziele und Aufgaben von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens nach der *Akademie für Ethik in der Medizin***

|  |
|--|
| <b>Allgemeine Ziele von Ethik in Einrichtungen des Gesundheitswesens</b>   |
| Sensibilisierung für ethische Fragestellungen  |
| Vermittlung von medizin- und pflegeethischem Wissen  |
| Erhöhung der Kompetenz im Umgang mit ethischen Problemen und Konflikten  |
| <b>Spezifische Ziele von Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens</b>  |
| Unterstützung eines strukturierten Vorgehens bei ethischen Konflikten  |
| Verbesserung der Sprachfähigkeit und kommunikativen Kompetenz bei ethischen Konflikten   |
| Systematische Reflexion über ethische Fragestellungen und Konflikte  |
| Umsetzung allgemeiner moralischer Werte (z. B. Menschenwürde, Autonomie, Verantwortung, Fürsorge, Vertrauen) und spezifischer Werte der jeweiligen Einrichtung, die u. a. in Leitbildern und professionsspezifischen Traditionen verkörpert sind, in reflektiertes Handeln |
| Lösungswege bei Konflikten zwischen unterschiedlichen individuellen und/oder institutionell gefassten Werten und Moralvorstellungen zu suchen und durch gemeinsame Reflexion zu tragfähigen Entscheidungen zu gelangen und diese umzusetzen.                               |
| <b>Aufgaben der Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens</b>   |
| Durchführung individueller ethischer Fallbesprechungen (Ethik-Fallberatung)  |
| Erstellung von internen Leitlinien bzw. Empfehlungen (Ethik-Leitlinien)  |
| Organisation von internen und öffentlichen Veranstaltungen zu medizin- und pflegeethischen Themen (Ethik-Fortbildung).   |

Quelle: [1]

### 1.3. Klinisch-ethische Fallbesprechungen

In einer klinisch-ethischen Fallbesprechung werden meist anstehende Therapieentscheidungen für individuelle Patienten diskutiert. Das Beratungsangebot ist freiwillig und soll die



Beteiligten in ethisch schwierigen medizinischen Entscheidungssituationen unterstützen. Weder die Entscheidungsfreiheit des Patienten noch die Verantwortung und Therapiefreiheit des Behandlungsteams sollen durch die Fallbesprechung eingeschränkt werden. Die Verantwortlichen verlieren durch die Fallbesprechung weder ihre Verantwortung, noch sollen sie zu Entscheidungen gedrängt werden, die sie aufgrund beruflicher oder persönlicher Verantwortung nicht tragen können [1]. Das Ziel der Beratung ist nicht ein Mehrheitsvotum, es sollte vielmehr ein Konsens angestrebt werden, sodass alle Beteiligten die Entscheidung mittragen und zusammen verantworten können [63]. Entscheidend ist die fundierte Analyse und Diskussion des ethischen Problems um zur ethisch am besten begründbaren Entscheidung zu gelangen [57]. Ethikberater können dazu durch Moderationskompetenz, ethische Expertise und ihre Sicht von außen einen wichtigen Beitrag leisten [1]. Bezüglich der Rolle, die der Ethikberater einnehmen sollte, koexistieren verschiedene Ansichten, die sich vor allem hinsichtlich der normativen Aktivitäten des Ethikberaters unterscheiden [45]. Eine mögliche Rolle ist beispielsweise die eines Unterhändlers, dessen Ziel eine stabile Übereinkunft ist und der neutral ist hinsichtlich normativen Inhalts. Weiterhin ist die Rolle eines Mediators möglich, der eine Konfliktlösung oder einen Ausgleich zwischen den Parteien anstrebt und möglicherweise auf minimalen moralischen Standards bestehen muss. Ein weiterer Ansatz ist der eines Schlichters, der wie ein Richter von einer unabhängigen ethischen Perspektive aus auf Kriterien berufen muss um zu entscheiden, was richtig ist.

Die Anfrage für eine Besprechung kann aus dem Behandlungsteam oder vom Patienten oder seinen Angehörigen kommen [63]. Daraufhin wird die Anfrage vom Ethikkomitee zunächst dahingehend beurteilt, ob es sich tatsächlich um eine ethische Fragestellung oder beispielsweise eher um ein organisatorisches oder juristisches Problem handelt. Erscheint eine ethische Fallbesprechung angemessen, wird diese organisiert, die Personen, die teilnehmen sollen, werden eingeladen und gegebenenfalls werden von Mitgliedern des Ethikkomitees schon im Vorhinein weitere Informationen über den Fall gesammelt. Es sollte geregelt sein, in welchen Fällen die Zustimmung des Patienten zur Fallbesprechung eingeholt werden muss [1].

Ethische Fallbesprechungen können hinsichtlich der Gesprächssituation, in der sie durchgeführt werden, in einerseits prospektive, also vorausschauende, problemlösende und andererseits retrospektive, also zurückblickende, verstehende Besprechungen eingeteilt werden. Prospektive Beratungen sind die weiter verbreitete und praxisrelevantere Form der ethischen Fallbesprechung. Sie wird angewendet bei anstehenden Behandlungsentscheidungen individueller Patienten. Retrospektive Besprechungen haben

eher Fortbildungscharakter. Bei ihnen liegt der Fokus weniger auf der Problemlösung sondern mehr auf der Analyse und dem Verstehen von moralischem Unbehagen im Behandlungsteam bei einem zurückliegenden Fall. Aus einem besseren Verständnis der Situation können Schlussfolgerungen gezogen werden auf einen künftigen Umgang mit ähnlichen Situationen [57].

Von der *Akademie für Ethik in der Medizin* wird die Orientierung an einem Moderationsleitfaden empfohlen [1]. Diese in den Fallbesprechungen genutzten Leitfäden haben den Zweck, das Gespräch zu strukturieren, alle relevanten Aspekte abzudecken und eine ethisch fundierte Analyse zu fördern. Die Akademie macht jedoch keine Vorgabe oder Empfehlung, welcher Leitfaden verwendet werden soll und es werden keine Qualitätskriterien für einen Leitfaden angegeben.

Vielen Modellen der klinisch-ethischen Fallbesprechung liegt ein Prinzipien-basierter Ansatz zugrunde, es werden also ethische Prinzipien genannt, die als Grundlage für eine ethische Bewertung des Konflikts dienen sollen. Andere Modelle haben beispielsweise einen hermeneutischen oder narrativen Ansatz. Der grundsätzliche Aufbau ist bei den meisten Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung ähnlich. Zu Beginn werden die relevanten Informationen zum Fall gesammelt und der der Fallbesprechung zugrundeliegende Konflikt dargestellt. Es folgt eine strukturierte ethische Analyse des Konflikts, ein Abwägen der Handlungsoptionen und eine Entscheidung.

Im Folgenden werden die Grundzüge der *Prinzipienorientierten Falldiskussion* [38] und des *Basler Leitfadens* [46] dargestellt. Diese beiden Modelle stehen exemplarisch für die Modelle der ethischen Fallbesprechung und sind zentral für die experimentelle Fallbesprechungsstudie dieser Arbeit.

In der *Prinzipienorientierten Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer werden stufenweise die ethischen Verpflichtungen untersucht, die aus den vier medizinethischen Prinzipien folgen [36]. Ethische Schwierigkeiten zeigen sich vor allem, wenn in den Schritten zwei und drei des Modells ethische Verpflichtungen konkretisiert werden und bei einem Konflikt zwischen Verpflichtungen, der in der Synthese, also Schritt vier, deutlich wird [37].

**Tabelle 3: Prinzipienorientierte Falldiskussion nach G. Marckmann und F. Mayer**

|   |
|---|
| <b>1. Analyse:</b> medizinische Aufarbeitung des Falls<br>a) Information über den Patienten (Anamnese, Befunde, Diagnosen etc.)<br>b) (Be-)Handlungsoptionen mit ihren Chancen und Risiken (Prognose) |
| <b>2. Bewertung I:</b> ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten<br>a) Wohl des Patienten fördern, nicht schaden<br>b) Autonomie respektieren  |
| <b>3. Bewertung II:</b> ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten:<br>Familienangehörige, andere Patienten, Versichertengemeinschaft (Gerechtigkeit)   |
| <b>4. Synthese:</b> konvergieren oder divergieren die Verpflichtungen?<br>Im Konfliktfall → begründete Abwägung   |
| <b>5. Kritische Reflexion:</b><br>a) Was ist der stärkste Einwand gegen die ausgewählte Option?<br>b) Wie hätte der Konflikt möglicherweise vermieden werden können?                                  |

Quelle: [38]

Der *Basler Leitfaden* ist im deutschsprachigen Raum sehr bekannt und findet schon seit langem in Fallbesprechungen Verwendung. Der *Systematische Perspektivenwechsel* ist ein charakteristisches Element des *Basler Leitfadens* und hat zum Ziel, die relevanten Bedürfnisse, Rechte und Pflichten der Beteiligten zu ermitteln [46]. Als Ideal wird dabei ein Modell der Unparteilichkeit oder wechselnden Mehrparteilichkeit angestrebt, das auf dem Gerechtigkeitsprinzip von John Rawls basiert. Demzufolge ist eine Entscheidung dann als gerecht anzusehen, wenn alle Beteiligten mit ihr einverstanden sein können, unabhängig von der Position, aus der sie tatsächlich von den Folgen der Entscheidung betroffen sein würden. Der *Systematische Perspektivenwechsel* unterstützt die Teilnehmer also dabei, die Voreingenommenheit ihrer eigenen Sichtweise zu reduzieren und die Situation ausgeglichener und umfassender einschätzen zu können. Dieses Element des *Basler Leitfadens* sieht den systematischen, schrittweisen Übergang von der individuellen zur institutionellen Perspektive vor. Mit diesem Übergang vom einzelnen zum allgemeinen korrespondieren eine Differenzierung des moralischen Urteils und eine größere Verallgemeinerbarkeit der Handlungsmaxime.

**Tabelle 4: *Basler Leitfaden* zur Klinischen Ethikkonsultation nach S. Reiter-Theil**

|   |
|---|
| <b>1. Vorbereitung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Klärung des Rahmens und des Vorgehens (soweit nötig)</li><li>– problemzentrierter Bericht aus dem klinischen Team</li><li>– Gelegenheit für Rückfragen und Ergänzungen</li></ul>   |
| <b>2. Spontane Falldiskussion der direkt Beteiligten (nach Bedarf)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Gemeinsame Formulierung eines Ethikfokus für die weitere Bearbeitung</li></ul>   |
| <b>3. Methodische Ethikanalyse</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Ethische Prinzipien, Werte, Normen</li><li>– systematischer Perspektivenwechsel</li><li>– Pro und Kontra der Optionen</li><li>– ggf. Identifikation und Schließen von Lücken oder Korrektur von Fehleinschätzungen</li></ul> |
| <b>4. Fokussierte Ergebnisse – explizite Formulierung</b> <ul style="list-style-type: none"><li>– Entscheidung(en) und ethische Begründung</li><li>– weiteres Vorgehen</li><li>– Dokumentation</li></ul>  |
| <b>5. Feedback, Evaluation, Begleitforschung (wenn möglich)</b>   |

Quelle: [46]

**Tabelle 5: Systematischer Perspektivenwechsel des Basler Leitfadens nach S. Reiter-Theil**

|  |
|--|
| <b>Ich-Perspektive</b>   |
| Bedürfnisse der beteiligten Individuen, persönliche Werte, professionelles Selbstverständnis, Grenzen der Belastbarkeit u.a.; Rechte des Patienten   |
| <b>Ich-Du-Perspektive</b>  |
| Beziehungsebene zwischen Patient und Arzt/Betreuer bzw. Bezugsperson: Erwartungen, Versprechen, Vertrauen, Überforderung u.a.  |
| <b>Persönliche Wir-Perspektive</b>   |
| Beziehungskontext des Patienten, vor allem Familie und Angehörige;<br>Beziehungskontext des Arztes / Betreuers, hier vor allem das Team  |
| <b>Institutionelle Perspektive</b>   |
| Leitbild, Wertorientierung, Hierarchie, Entscheidungs- und Handlungsraum, Gewissensfreiheit des einzelnen in der Institution, Einschränkungen, z. B. durch Rationierung  |
| <b>Professionelle Perspektive</b>  |
| Standards des Fachgebietes, rechtliche Rahmenbedingungen, professionelle Ethik; z. B. Sorgfaltspflichten   |
| <b>Kollektive Perspektive</b>  |
| Wertehorizont, z.B. durch Mitgliedschaft in einer religiösen oder politischen Gemeinschaft; persönliche Verantwortung als Mitglied der Gesellschaft; Frage: welche Medizin und welche Gesellschaft wollen wir? |

Quelle: [46]

Mittlerweile wurde eine Vielzahl an Modellen entwickelt, die sich in Umfang, Struktur und Inhalt beträchtlich unterscheiden. Zu den ersten Modellen in Europa gehörten das *Nimwegener Modell* und das *Marburger Modell*. Die Diversität der Modelle für die Ethikberatung ist problematisch in Bezug auf Evaluation, Standardisierung und Qualitätsverbesserung [21].

#### **1.4. Evaluation und Qualitätsverbesserung**

Im vergangenen Jahrzehnt wurden hinsichtlich der Professionalisierung der Ethikberatung einige Fortschritte erreicht. Die *Veterans Health Administration*, die größte Einrichtung für Gesundheitsversorgung der USA, entwickelte das *Integrated Ethics* – Programm. Es enthält Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung auf drei Ebenen der Gesundheitseinrichtungen: der ethischen Führung, präventiven Ethik und Ethikberatung [25]. Mit der Ethikberatung im speziellen befasste sich auch die *American Society for Bioethics and Humanities (ASBH)* und veröffentlichte den Leitfaden *Kernkompetenzen für Ethikberatung im Gesundheitswesen*. Die

Autoren stellen eine Wissensbasis und ein Reihe von Fähigkeiten dar, die Ethikberater besitzen sollten [4]. Darauf basierend entwickelte die *ASBH* ein zweistufiges Modell zur Qualitätsbescheinigung für klinische Ethikberater [31]. Dabei wird ein Portfolio zu den Bildungsvoraussetzungen und der Fallbesprechungserfahrung des Beraters gefordert und eine mündliche Prüfung durchgeführt, um Fähigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich, in der Ablaufgestaltung und in der ethischen Analyse zu bewerten.

In Deutschland erarbeitete die *Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)* ein Curriculum zur Qualifizierung von Ethikberatern [54]. Die Zielsetzung des Lehrplans ist es, Menschen mit unterschiedlichem beruflichem Hintergrund im Bereich der Patientenversorgung zu kompetenten und eigenverantwortlichen Ethikberatern auszubilden. Das Curriculum besteht aus einem Grundkurs mit den Lehreinheiten Ethik, Organisation und Beratung und Aufbaukursen. Es werden jedoch keine inhaltlichen Qualitätskriterien der Kurse genannt oder bestimmte Modelle für die Fallbesprechungen vorgegeben. Des Weiteren entwickelte die *AEM* ein Modell zur Zertifizierung von Ethikberatern. Dieses sieht die Zertifizierung in den drei Kompetenzstufen Ethikberater, Koordinator für Ethikberatung und Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen vor [2].

In den USA erarbeiteten namhafte Bioethiker im Rahmen des *Clinical Ethics Credentialing Project (CECP)* einen strukturierten Ansatz, die Qualität einer Ethikberatung anhand der Aufzeichnungen zur Beratung zu bewerten und entwickelten eine Checkliste zur Standardisierung der Dokumentation [21]. Während sich das *CECP* darauf konzentriert, ob bestimmte Schritte in der Beratung stattfanden, wird bei dem ebenfalls in den USA entwickelten *Ethics Consultation Quality Assessment Tool (ECQAT)* der Fokus auf die Qualität dieser Schritte gelegt, indem ihr Inhalt anhand der Aufzeichnungen strukturiert untersucht und bewertet wird und darauf basierend Rückmeldung und Fortbildung für die Ethikberater angeboten wird [44].

Es wurden also Maßnahmen entwickelt zur Qualitätsmessung und -verbesserung auf der Ebene der Organisation, des individuellen Ethikberaters und der Dokumentation von Ethikberatungen. Weiterhin besteht jedoch Bedarf an Standards für die Praxis der Ethikberatung, vor allem für die normative Abwägung, die ja das Kernelement der Ethikberatung darstellt, zumindest soweit sie prospektiv lösungsorientiert ist. Außerdem werden Standards für Maßnahmen benötigt, um die Qualität und Wirksamkeit des Beratungsprozesses zu messen. Dies zeigt sich auch darin, dass die jährliche *internationale Konferenz über klinische Ethikberatung (ICCEC)* 2015 in New York City zum Thema

*“Qualitätsverbesserung und Professionalität der Ausbildung und Beratung in der klinischen Ethik”* stattfand. Unter anderem gibt es bisher kaum Untersuchungen und Empfehlungen zur Verwendung von Ablaufmodellen, Leitfäden und Protokollen für die klinische Ethikberatung.

### 1.5. Fragestellungen

Das übergreifende Ziel der Arbeit ist ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung von Ethikberatung durch Identifikation von Bezügen zwischen Modellen ethischer Fallbesprechung und den Ergebnissen.

**Tabelle 6: Fragestellungen**

|   |
|---|
| <b>Welche Modelle der ethischen Fallbesprechung werden verwendet?</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Auf welchen philosophischen bzw. theoretischen Ansätzen basieren die Modelle?</li> <li>– Werden ethische Prinzipien zur normativen Abwägung genannt und gibt es Angaben zur Anwendung der Prinzipien und zum Vorgehen bei einem Konflikt zwischen diesen?</li> <li>– Welche Form haben die Modelle und welche Angaben werden zum Ablauf der Fallbesprechung gemacht?</li> </ul>  |
| <b>Wie werden diese Modelle verwendet?</b>  |
| <b>Als wie nützlich werden diese Modelle eingeschätzt?</b>  |
| <b>Welche sind die wesentlichen Ziele der Modelle?</b>  |
| <b>Wie wirken sich die Modelle und die Moderatoren auf Verlauf und Ergebnis der Gespräche aus?</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– Führen verschiedene Modelle bei einer Besprechung zum selben klinischen Fall mit standardisierten Rollenträgern zu unterschiedlichen Diskursen?</li> <li>– Zu welchen Ergebnissen führen die Besprechungen und was beeinflusst die Ergebnisse?</li> <li>– Wie läuft die ethische Bewertung ab und inwiefern werden ethische Prinzipien berücksichtigt?</li> <li>– Welche Rolle spielt die Person des Moderators dabei und auf welche Weise unterscheiden sich die Moderatoren in ihrer Art, das Gespräch zu leiten?</li> </ul> |

Fragestellungen

## 2. Methodik

Als methodische Grundlage der gesamten Studie wurde ein Mixed-Methods-Ansatz gewählt, es wurden also die qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden der drei Teilstudien miteinander verzahnt. Zunächst wurden Modelle klinisch-ethischer Fallbesprechung identifiziert und nach qualitativen Kriterien charakterisiert. Zur Untersuchung der Fragen nach der Verwendung der Modelle, ihren Zielen und ihrem Nutzen wurde eine Fragebogenstudie mit quantitativer Auswertung durchgeführt. Die Fallbesprechungsstudie mit qualitativem Studiendesign diente der Analyse der Auswirkungen der Modelle und Moderatoren auf Verlauf und Ergebnis der Gespräche.

### 2.1. Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung

#### 2.1.1. Identifizierung der Modelle

Zur Identifizierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung wurde zunächst Literatur zur klinischen Ethikberatung analysiert. Darüber hinaus wurden die Modelle in die Charakterisierung eingeschlossen, die in der im Rahmen dieses Forschungsprojektes durchgeführten Fragebogenstudie zu Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung von den teilnehmenden Ethikberatern genannt wurden.

#### 2.1.2. Kriterien

Nach Analyse der Literatur zur klinischen Ethikberatung wurden Kriterien definiert, nach denen die Modelle klinisch-ethischer Fallbesprechung charakterisiert wurden.

**Tabelle 7: Kriterien zur Charakterisierung von Fallbesprechungsmodellen**

|  |
|--|
| 1. Philosophischer/ theoretischer Ansatz   |
| 2. Form  |
| 3. Prozessregeln   |
| 4. Teilnehmer  |
| 5. Methode der Informationssammlung  |
| 6. Ermittlung von (Be-) Handlungsoptionen  |
| 7. Normative Abwägung <ul style="list-style-type: none"><li>- Nennung ethischer Prinzipien oder anderer Kriterien zur normativen Abwägung</li><li>- Angaben zur Anwendung der Prinzipien und zum Vorgehen bei Konflikten</li></ul> |

Kriterien zur Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung



## 2.2. Fragebogenstudie

In der Umfrage wurden die Fragen untersucht, welche Modelle in klinisch-ethischen Fallbesprechungen angewendet werden und wie und mit welchen Zielen und welchem Nutzen sie verwendet werden. Um eine internationale Expertenbefragung durchzuführen wurde die Umfrage unter Teilnehmern des *ICCEC*, dem *Internationalen Kongress über klinische Ethikberatung*, durchgeführt, einer seit vielen Jahren etablierten und mittlerweile jährlich stattfindenden Tagung.

### 2.2.1. Fragebogenentwicklung

Der Fragebogen wurde hypothesengetrieben auf Basis der Literatur zur klinischen Ethikberatung entwickelt. Es erfolgte eine interne Pilotierung, indem der Fragebogen Ethikberatern vorgelegt wurde, die an der Ludwig-Maximilians-Universität München tätig sind und selbst ethische Fallbesprechungen leiten.

### 2.2.2. Fragen

Der Fragebogen gliedert sich in drei Teile. Zunächst werden Fragen nach den verwendeten Modellen gestellt, anschließend Fragen zum Nutzen und den Zielen der Modelle und schließlich werden demographische Daten abgefragt. Der Fragebogen besteht aus 15 Fragen und enthält Ja/Nein-Fragen, Ratingskalen, Fragen mit Einfach- und Mehrfachwahl und mit Ergänzungsoption und offene Fragen. Der gesamte Fragebogen ist im Anhang abgedruckt.

**Tabelle 8: Fragebogen**

|  |
|--|
| <b>1: Verwendete Modelle</b>   |
| Fragen zu bisher durchgeführten Fallbesprechungen, deren institutionellen Rahmen, den verwendeten Modellen, Art der Verwendung der Modelle, Bereitstellung eines Modells durch den Arbeitgeber |
| <b>2: Nutzen und Ziele der Modelle</b>   |
| Fragen zur Nützlichkeit der Modelle, den Zielen der Modelle und der Beeinflussung des Besprechungsergebnisses durch das Modell   |
| <b>3: Demographische Fragen</b>  |

Aufbau des in der Studie verwendeten Fragebogens

### 2.2.3. Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte sowohl in Papierform als auch in digitaler Form. Beim *ICCEC* 2014 wurde der Fragebogen in Papierform ausgelegt. Um eine größere Zahl an Datensätzen zu erzielen, wurde eine Datenerhebung in digitaler Form angeschlossen. Dafür wurde mit dem Programm *Unipark* eine Online-Umfrage erstellt, die inhaltlich exakt dem ursprünglichen

Fragebogen in Papierform entsprach. Ende Februar 2015 wurden 209 Teilnehmer des *ICCEC* 2013 per E-Mail zu der Online-Umfrage eingeladen. Diese Teilnehmer wurden gewählt, um eine größere Zahl von Experten zu adressieren, die an einem der beiden Kongresse teilgenommen hatten. Die Kongressteilnehmer des Jahres 2013 wurden gewählt, da deren Adressen vorlagen, weil der Kongress in München stattfand und das Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität an der Organisation des Kongresses beteiligt war. Ein weiterer Grund war, dass im Gegensatz zu 2013 und 2014 der Kongress im Mai 2015 nicht mehr in Europa, sondern in New York stattfand, jedoch vor allem europäische Experten angesprochen werden sollten. Die Teilnehmer wurden in einem Informationstext zu Beginn der Umfrage hingewiesen auf die Inhalte des Fragebogens, auf die Freiwilligkeit und Anonymität der Umfrage und auf die Möglichkeit, das Ausfüllen des Fragebogens abubrechen oder ihn nur teilweise auszufüllen. Die informierte Einwilligung zur Teilnahme an der Umfrage wurde angenommen, wenn eine Person den Fragebogen ausfüllte. Nach drei Wochen wurde per E-Mail an die Teilnahme an der Umfrage erinnert. Ende März 2015 wurde die Erhebung der Daten abgeschlossen.

#### **2.2.4. Auswertung**

Die Daten aus der Umfrage in Papierform und der Online-Umfrage wurden zusammengefügt. Die statistischen Analysen erfolgten mit *Microsoft Excel*. Es wurde eine Datenanalyse mithilfe deskriptiver Statistik durchgeführt.

### **2.3. Fallbesprechungsstudie**

#### **2.3.1. Studiendesign**

Für die Fallbesprechungsstudie wurde eine innovative Methode ausgearbeitet, da bisher keine Methode entwickelt und etabliert worden war, die zu diesem Zweck einsetzbar gewesen wäre. Das Studiendesign war eine sozialemprirische Methode der simulierten Gesprächsanalyse mit experimentellen Anteilen. Die qualitative und experimentelle Herangehensweise wurde gewählt, da eine offene und flexible Methode notwendig war, um dem jeweils unterschiedlichen Gesprächsverlauf gerecht zu werden. Außerdem ermöglicht die qualitative Methode eine tiefergehende Exploration der Diskurse und Ergebnisse.

Es wurde in drei simulierten Fallberatungen derselbe Fall von standardisierten Rollenträgern besprochen. Jedes Gespräch wurde von einem unterschiedlichen Moderator geleitet, die anderen drei Rollenträger waren in jeder Besprechung dieselben. Zwei der Moderatoren wendeten die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer an, die dritte

Moderatorin verwendete das *Basler Modell* nach Reiter-Theil. Ziel der Studie war festzustellen, inwiefern die unterschiedlichen Modelle und Moderatoren beim selben klinischen Fall zu verschiedenen Diskursen und Ergebnissen führten.

Ein Ethikvotum der Ethikkommission wurde für diese Studie nicht eingeholt, da für sozioempirische Studien unter Experten ohne Patienten, Angehörige oder medizinisches Personal gemäß den wissenschaftlichen Regeln der Ludwig-Maximilians-Universität kein Ethikvotum erforderlich ist.

**Tabelle 9: Konstanten und Variablen der Fallbesprechungen**

|                     | Fallbesprechung A  | Fallbesprechung B                               | Fallbesprechung C    |
|---------------------|--|---|----------------------|
| <b>Fall</b>         | Fall Anna Wolf   |   |                      |
| <b>Rollenträger</b> | Dieselben Rollenträger für Psychiater, Pflegekraft und Vater |   |                      |
| <b>Moderatoren</b>  | Moderator A  | Moderatorin B                                   | Moderatorin C        |
| <b>Modelle</b>      | <i>Prinzipienorientierte<br/>Falldiskussion</i>              | <i>Prinzipienorientierte<br/>Falldiskussion</i> | <i>Basler Modell</i> |

Konstanten und Variablen der drei Fallbesprechungen

### 2.3.2. Auswahl des Falls

In jeder der drei experimentellen Fallbesprechungen wurde derselbe Fall besprochen. Es wurde eine anonym veröffentlichte Fallvignette aus der *Zeitschrift Ethik in der Medizin* [10] verwendet.

Einige Details wurden dabei verändert. So wurde das Alter der Patientin von 18 auf 19 Jahre erhöht, um ihre Einwilligungsfähigkeit, die in dem Fall einen entscheidenden Punkt darstellt, zu unterstützen. Im Rollenprofil des Psychiaters wurde der Hinweis ergänzt, dass dieser die Patientin als klar einwilligungsfähig einschätze und ein forensischer Psychiater die Einwilligungsfähigkeit bestätigt habe. Außerdem wurde in der Fallvignette die Anmerkung, sie sei sehr kindlich und abhängig von den Eltern, entfernt. Des Weiteren wurde der Patientin der volle Name Anna Wolf gegeben, damit die Teilnehmer im Gespräch ihren Namen nennen können. In der veröffentlichten Fallvignette wurde sie lediglich Frau W. genannt. Außerdem wurde als Hinweis auf die problematische Dynamik innerhalb der Familie hinzugefügt, dass zu Beginn der Erkrankung eine ambulant behandelnde Psychotherapeutin zu einer stationären Therapie geraten habe, um Anna aus dem Umfeld, das mit zur Erkrankung beigetragen habe, herauszunehmen. Zur Verbesserung der Verständlichkeit wurden die Fachbegriffe Sedierung und Compliance ersetzt durch die Ausdrücke „sie erhielt bewusstseinsdämpfende Medikamente“ und „sie kooperierte kaum“. Die Erwähnung dreier bereits stattgefundenen

Fallberatungen wurde nicht übernommen, da die Fallbesprechungen der Studie als erste klinisch-ethische Beratungen in dem Fall durchgeführt werden sollten.

Der Fall wurde ausgewählt aufgrund seiner Komplexität und der Dilemmasituation mit zwei Entscheidungsoptionen, die zunächst gleichwertig erscheinen. Außerdem handelt sich es um einen realen Fall, der den Teilnehmern jedoch mit hoher Sicherheit nicht bekannt beziehungsweise nicht präsent war, da seine Veröffentlichung zum Zeitpunkt der Fallbesprechungen schon circa vier Jahre zurücklag. Des Weiteren eignet sich der Fall für die Teilnahme von Angehörigen an der Besprechung.

Unten ist die Fallvignette dargestellt, wie sie in der Studie verwendet wurde.

### **Box 1: Fallvignette Anna Wolf**

Die 19-jährige Anna Wolf ist seit zwei Monaten Patientin auf einer offenen Station in einer psychiatrischen Universitätsklinik. Sie leidet an schwerer Magersucht. Ihr Körpergewicht liegt momentan bei 24 kg, ihr BMI beträgt damit 11. Ihr Körper hat sich so gut an das Untergewicht angepasst, dass keine akute Lebensgefahr besteht. Aber eine deutliche Gewichtszunahme und Stabilisierung ihres Allgemeinzustandes sind bisher nicht eingetreten. Anna wünscht nun die Verlegung in eine palliative Einrichtung. Da außerdem eine Depression und eine Zwangsstörung diagnostiziert sind, bestehen gewisse Zweifel an ihrer Urteilsfähigkeit.

Mit 11 Jahren erkrankte Anna an Magersucht. Zusammen mit seiner Ehefrau sorgte ihr Vater Herr Wolf schnell für eine ambulante Behandlung bei einer Psychotherapeutin. Diese riet ihnen jedoch nach wenigen Wochen dazu, eine Therapie in einer Klinik zu organisieren, denn Anna müsse aus dem Umfeld, das mit zur Erkrankung beigetragen habe, herausgenommen werden. Es folgten mehr als 10 Klinikaufenthalte. Drei davon fanden in Spezialkliniken statt, mehrfach wurde Anna wegen akuter Lebensgefahr auch zwangsernährt. Teilweise erhielt sie mit ihrer Einwilligung auch bewusstseinsdämpfende Medikamente und wurde auf diese Weise künstlich ernährt. Trotz verschiedener Therapieansätze trat jedoch keine dauerhafte Besserung ein.

Obwohl Anna als herausragend intelligent gilt, schied sie nach der 11. Klasse aus der Schule aus, da sie bei den langen Klinikaufenthalten den Lernstoff irgendwann nicht mehr nachholen konnte. Einen Freundeskreis oder Hobbys hat sie nicht. Ihrer eigenen Aussage nach dreht sich ihr Leben seit Jahren nur noch um die Überwindung der Anorexie.

Herr Wolf ist einflussreicher Politiker und sehr besorgt um die Tochter. Die Mutter hat ihren Beruf aufgegeben, um sich ganz ihrer Tochter widmen zu können. Anna gibt an, zu

intelligent für die Therapeuten zu sein, keiner habe es bisher geschafft, sie zu durchschauen. Vor dem derzeitigen Aufenthalt war sie 8 Monate in einer Klinik, welche über einen Langzeitpflegebereich für psychiatrische Patienten verfügte. Ihr Gewicht stieg dort von 21 auf 24 kg. Dennoch war es zu einem Behandlungsstillstand gekommen, weil Anna die meisten therapeutischen Maßnahmen verweigerte. Nach wochenlangen Therapieversuchen verhielt sich Anna zunehmend schwierig. Sie wurde dem Klinikpersonal gegenüber aggressiv und ausfallend, so dass sie in die Universitätsklinik verlegt wurde. Hier wurde zunächst ein Ernährungsprogramm aufgestellt, außerdem wurde die Behandlung der Zwangserkrankung und Depression versucht. Anna kooperierte aber kaum und trickste, um höhere Werte auf der Waage zu erreichen. Nach langen Gesprächen mit ihren Eltern willigte Anna in eine Ernährung über eine Magensonde ein. Zehn Tage später entschied sie sich dann jedoch gegen eine Fortführung der Sondenernährung. Es wurde überlegt, Anna zu sedieren und auf der Überwachungsstation zu ernähren, bis ein stabiler Allgemeinzustand erreicht wäre. Doch die Ärzte verwarfen diese Möglichkeit schließlich, da die Patientin nicht in einem körperlichen Zustand sei, der eine Lagerung unter Sedierung zugelassen hätte. Anna selbst sprach sich nach ihren bisherigen Erfahrungen gegen eine Ernährung unter Bewusstseinsdämpfung (Sedierung) aus.

Anna hielt keine der stets konsequent formulierten Absprachen der Ernährungstherapeuten und der Ärzte ein. Sie sagte, sie wolle lieber sterben, als sich weiterhin den Therapien zu unterziehen. Sie wolle unter keinen Umständen mehr zum Essen gezwungen werden, sondern sie wolle endlich einmal ihre Ruhe haben, selbst wenn sie dafür den Tod in Kauf nehmen müsse. Annas Eltern hingegen sind sich einig, dass dies nicht der richtige Weg wäre. Herr Wolf führt oft die Gespräche mit dem Team auf der Station und vertritt dabei auch seine Frau.

In der Studie verwendete Fallvignette

### **2.3.3. Auswahl der Modelle und der Moderatoren**

Entscheidend bei der Wahl der Moderatoren waren die Modelle, die sie in den Fallbesprechungen, die sie leiten, üblicherweise anwenden. Zur Anonymisierung werden die drei Ethikberater Moderator A, B und C genannt. Mit Moderator A wurde ein Ethikberater ausgewählt, der in der Anwendung der *Prinzipienorientierten Falldiskussion* erfahren ist. Moderatorin B legt den von ihr geleiteten Fallbesprechungen ebenfalls die *Prinzipienorientierten Falldiskussion* zugrunde. So konnte in den beiden Fallbesprechungen der Einfluss des Moderators bei Anwendung desselben Modells untersucht werden. Um außerdem möglichst disparate Modelle vergleichen zu können, wurde Moderatorin C

ausgewählt, die langjährige Erfahrung in der Anwendung des *Basler Modells* hat.

Die Moderatoren unterscheiden sich unter anderem in ihrer beruflichen Ausbildung, der Erfahrung in der Ethikberatung, dem institutionellen Tätigkeitsbereich und dem Geschlecht. Moderator A studierte Humanmedizin, Philosophie und Public Health, ist Professor für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin und Vorstand eines gleichnamigen universitären Instituts und hat jahrelange Erfahrung in klinischen Ethikkomitees. Moderatorin B studierte Humanmedizin und ist als Fachärztin für Anästhesiologie in einer Klinik und seit mehreren Jahren als Ethikberaterin tätig. Moderatorin C studierte Psychologie und Philosophie, leitet als Professorin den Bereich Klinische Ethik an einer Universitätsklinik und hat jahrelange Erfahrung in der klinischen Ethikberatung, insbesondere im psychiatrischen Bereich.

**Tabelle 10: Moderatoren**

|                                 | <b>Moderator A</b>  | <b>Moderatorin B</b>                           | <b>Moderatorin C</b>  |
|---------------------------------|---|--|---|
| <b>Geschlecht</b>               | Männlich  | Weiblich                                       | Weiblich  |
| <b>Ausbildung</b>               | Studium der Humanmedizin, Philosophie und Public Health   | Studium der Humanmedizin                       | Studium der Psychologie und Philosophie   |
| <b>Institutioneller Kontext</b> | Professor für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Vorstand eines gleichnamigen universitären Instituts | Fachärztin für Anästhesiologie in einer Klinik | Professorin für angewandte Ethik, Leiterin des Bereichs klinische Ethik an einer Universitätsklinik |

Merkmale der Moderatoren der Fallbesprechungen

#### **2.3.4. Rekrutierung der standardisierten Rollenträger**

Für die Rolle der Pflegekraft und des Vaters der Patientin wurden professionelle Schauspieler eingesetzt, da es für das Studiendesign entscheidend war, dass die Gesprächsteilnehmer ihre Rolle eng am vorgegebenen Rollenprofil orientieren und sie möglichst konsistent in den drei Gesprächen beibehalten. Die beiden Schauspieler hatten außerdem eine lange Erfahrung mit standardisierten Situationen im medizinischen Kontext, da sie aus einer Gruppe von Berufsschauspielern rekrutiert wurden, die im Studentenunterricht des Medizinstudiums der Ludwig Maximilians Universität München bereits seit mehreren Jahren als Schauspielpatienten aktiv waren.

Da für die Rolle des behandelnden Psychiaters Dr. Frei ärztliche Fachkenntnis mit

psychiatrischen Kenntnissen notwendig war und aufgrund der in den Besprechungen nötigen spontanen Interaktionen Instruktionen an einen Schauspieler nicht praktikabel gewesen wären, übernahm diese Rolle ein Facharzt für Neurologie mit Erfahrung in der Psychiatrie einschließlich der Behandlung von an Anorexie erkrankten Patienten und in der Palliativmedizin.

### **2.3.5. Rollenprofile und Instruktionen**

Basierend auf der Fallbeschreibung wurde jeweils ein Rollenprofil für den behandelnden Arzt Dr. Frei, die Pflegekraft Frau Fischer und den Vater der Patientin, Herrn Wolf, entworfen. Alle Namen der Gesprächsteilnehmer sind Pseudonyme.

#### **Box 2: Rollenprofil Dr. Frei**

Der Psychiater ist Oberarzt auf der Station für Essstörungen an der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität. Er ist 45 Jahre alt und behandelt schon seit 8 Jahren Patienten mit Essstörungen schwerpunktmäßig. Anna kennt er seit ihrer Klinikaufnahme vor inzwischen 5 Wochen. Er führt auch selbst die Einzel-Psychotherapie nach dem Modell der Kognitiven Verhaltenstherapie mit ihr durch.

Anna gehört für ihn zu einer Untergruppe von Anorexiepatientinnen, die therapierefraktär sind und letztlich ein schlechtes Outcome haben (25-30%, bis zu 6% aller Patienten sterben). Das mangelnde Therapieansprechen liegt nach neuesten Daten einerseits an genetischen Risikofaktoren, andererseits bei Anna auch an der langen bisherigen Behandlungsdauer ohne signifikanten Therapieeffekt, dem extrem niedrigen Gewicht, an den Komorbiditäten der Depression und Zwangsbehandlung sowie vor allem an der mangelnden Therapiemotivation von Anna.

Der bisherige Behandlungsverlauf in den 5 Wochen auf seiner Station war ebenfalls enttäuschend. Zwar waren gewisse Erfolge bei den ohnehin eher leichtgradigen Begleiterkrankungen zu verbuchen (die depressive Verstimmung hellte sich durch ein Antidepressivum etwas auf, der Waschzwang besserte sich durch ein Neuroleptikum etwas, die Zwangsgedanken an den Körper kaum), aber das Ernährungsprogramm selbst und die störungsspezifische Psychotherapie hatten keinen nennenswerten Effekt: weder konnte sie zur Kooperation motiviert werden noch konnte das Gewicht oder der BMI angehoben werden. Die zehntägige Sondenernährung hatte einen leichten Gewichtanstieg von 1,5 kg zur Folge, der sich aber bald danach wieder verflüchtigte.

Ihr aktueller Zustand ist stabil und nicht unmittelbar lebensbedrohlich, kann aber innerhalb von Tagen oder Wochen unmittelbar lebensbedrohlich werden. Anna hat durch die lange

Anorexie eine Wachstumsminde- rung (168 cm), eine primäre Amenorrhoe und eine Osteoporose. Nach starkem Erbrechen tritt gelegentlich eine gefährliche Hypokaliämie auf, außerdem hatte sie bereits gefährliche hypoglykämische Krisen. Nieren- und Leberwerte sind zwar einigermaßen im grünen Bereich, aber im Knochenmark sind eine Thrombozytopenie mit Blutungsneigung und eine Anämie festzustellen. Die Gefahr, dass sie an einer kardialen Arrhythmie, einer Blutung oder einer hypoglykämischen Krise stirbt, schätzt Dr. Frei auch bei fortgesetzter Therapie als relativ hoch ein, ca. 25-50% innerhalb des folgenden Jahres. Ihr psychischer Zustand ist nicht akut krisenhaft. Sie ist nicht suizidal. Kognitiv sind bis auf gelegentliche Zwangsgedanken keine Einschränkungen festzustellen, der Gedankengang ist klar, sie hat keine Halluzinationen, keinen Wahn, keine formalen Denkstörungen. Sie wirkt gepflegt, tritt im Gespräch durchaus selbstbewusst und selbstbestimmt auf. Affektiv ist sie leicht niedergestimmt und etwas ambivalent, ohne übermäßige Ängste.

Dr. Frei schätzt Anna trotz gewisser kognitiver Auswirkungen der Krankheit klar als einwilligungsfähig ein: sie ist bestens über die Krankheit und alle Therapiemöglichkeiten informiert, nimmt Informationen auf und kann sie adäquat wiedergeben, kann Vor- und Nachteile nachvollziehbar abwägen und ist sich der Tragweite bewusst. Sie sieht die Lage so, dass sie an einer unheilbaren Form der Anorexie erkrankt ist, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem frühen Tod führen wird. Sie leidet stark unter der Krankheit, der Hospitalisierung, sieht für sich in absehbarer Zeit keine Perspektive auf ein normales eigenständiges Leben mit Beruf, Freunden und vielleicht Familie. Sie hat von der Palliativmedizin gehört und zieht Trost daraus, in einem Hospiz noch eine Zeitlang gut leben zu können, in Ruhe gelassen, ohne Verdächtigungen und Kontrollen. Dort möchte sie noch gerne ihren kleinen Lebensbericht abschließen, den sie begonnen hat.

Ein Psychiater der forensischen Klinik hat die Einwilligungsfähigkeit von Anna bestätigt. Eine Zwangstherapie ist in Anbetracht des Allgemeinzustandes hochriskant und könnte zu Verletzungen und Komplikationen führen. Außerdem haben bisherige Zwangstherapien keinen dauerhaften Effekt gehabt, sondern eher die Reaktanz erhöht. Dasselbe gilt für die Sedierung.

Dr. Frei hält zwar eine stationäre Therapie mit dem Ziel der Symptomlinderung und Teilremission (nicht Heilung) für indiziert, kann aber Annas Gedanken auch nachvollziehen und respektiert ihren Entschluss. Er hat bereits mit einem Hospiz telefoniert, das sich vorstellen könnte, Anna aufzunehmen.

Rollenprofil des Psychiaters Dr. Frei

### **Box 3: Rollenprofil Frau Fischer**



Frau Fischer ist eine erfahrene Fachkrankenschwester für Psychiatrie, die seit Jahren auf der Station arbeitet. Sie hat große Sympathie für Anna und kann deren Resignation durchaus nachvollziehen. Wenn sie selbst solch eine Odyssee mitmachen müsste, würde sie sich womöglich ganz ähnlich äußern. Dennoch hält sie es für ihre professionelle Aufgabe, Annas Krankheit bestmöglich zu behandeln. Anna einfach sterben zu lassen käme für sie einer Bankrotterklärung der Medizin gleich. Sie berichtet von Besprechungen im Pfllegeteam, auf denen deutlich wurde, dass Anna auf vielfältige Weise manipuliert, etwa vor dem morgendlichen Wiegen heimlich Wasser trinkt und sich kleine Metallplättchen in die Kleidung einnäht. Das Pfllegeteam diskutiert seit langem sehr emotional und kontrovers über den richtigen Umgang mit Anna – manche sind strikt gegen eine Verlegung in eine Palliativeinrichtung, andere könnten das mittragen. Frau Fischer ist der Meinung, Annas Wunsch, die Behandlung abzubrechen, sei in erster Linie eine Auswirkung der Magersucht und es sei deshalb nicht richtig, diesem Wunsch nachzugeben. Allerdings ist Anna für das ganze Pfllegeteam sehr anstrengend und eine baldige Verlegung in eine andere Klinik wäre zur Entlastung des Teams sehr wünschenswert. Die Patientin binde extrem viel Zeit, Energie und Zuwendung, die daher anderen Patientinnen und Patienten fehle.

Rollenprofil der Pflegekraft Frau Fischer

#### **Box 4: Rollenprofil Herr Wolf**

Herr Wolf wirkt reflektiert und verantwortungsbewusst, aber auch sehr belastet und angespannt. Er kämpft an der Seite seiner Frau mit großem Einsatz für das Leben und die Gesundheit ihres einzigen Kindes. Beide haben schon sehr viel in diesen Kampf investiert und wollen nicht, dass dies alles umsonst war. Das Ehepaar hat die Hoffnung noch nicht aufgegeben, dass Anna bei ihren Talenten und ihrer Intelligenz eine gute Zukunft haben könnte, wenn die Krankheit endlich einmal unter Kontrolle gebracht werden könnte. Er berichtet, dass Anna bei höheren Gewichtswerten auch weniger depressiv sei und besser mit den Therapeuten kooperiere. Deshalb bittet er das Behandlungsteam inständig darum, der Tochter zu höherem Gewicht zu verhelfen, damit überhaupt wieder eine therapeutische Beziehung möglich sei – notfalls mit Zwangsernährung bzw. Sedierung. Die Äußerungen ihrer Tochter stufen sie als Zeichen der Krankheit ein. Sollte man seine Tochter einfach so sterben lassen, deutet er sogar juristische Schritte an.

Rollenprofil des Vaters der Patientin, Herr Wolf

Die Schauspieler bekamen diese Skripte einige Tage im Vorhinein zur Vorbereitung. Sie wurden angewiesen, ihre Rollen möglichst in jeder Besprechung konsistent entsprechend den Rollenprofilen zu spielen. Kleinere fiktive Ergänzungen je nach Gesprächsverlauf waren

erlaubt, aber zentrale Aussagen und Einstellungen sollten zwischen den Gesprächen nicht im Widerspruch stehen.

Die Moderatoren bekamen erst unmittelbar vor der Fallbesprechung eine kurze schriftliche Information zu der Besprechung, da eine Vorbereitung der Moderatoren ausgeschlossen werden sollte. Zwar ist es bei der realen Ethikberatung meist so, dass die Moderatoren ein paar Tage zur Vorbereitung haben, doch für diese Studie hätte bei einer Vorbereitung das Risiko bestanden, dass ein zusätzliches Bias eingeflossen wäre. Untersucht werden sollte lediglich der Einfluss des persönlichen Moderationsstils jedes Moderators. In der Information für die Moderatoren wurden der Fall knapp skizziert und die Gesprächsteilnehmer genannt. Außerdem wurden vor den Fallbesprechungen kurze mündliche Instruktionen und Erläuterungen zum Gesprächsablauf gegeben.

#### **Box 5: Information für Moderatoren**

Sie leiten als Geschäftsführer die Klinische Ethikberatung eines großen Klinikums und werden von Herrn Dr. Frei, einem Oberarzt der Psychiatrischen Klinik gebeten, ein ethisches Fallgespräch zu moderieren. Es geht um die Patientin Anna Wolf, die seit 8 Jahren an einer schweren Form von Anorexia nervosa erkrankt ist. Seit 5 Wochen befindet sie sich in stationärer Behandlung auf einer Station für Essstörungen. Zuvor hatten bereits zahlreiche Klinikaufenthalte und verschiedene Therapieansätze keine dauerhafte Besserung bewirkt. Auch beim aktuellen Klinikaufenthalt konnte bislang kein therapeutischer Effekt erzielt werden; ihr Gewicht ist wie bei Aufnahme immer noch bei 24 kg, was einem extrem niedrigen BMI von 11 entspricht. Dr. Frei berichtet nun, dass die Patientin ihn vor wenigen Tagen bei der Visite gebeten habe, sie in eine palliative Einrichtung, eine Palliativstation oder ein Hospiz, zu verlegen. Das Team ist verunsichert und weiß nicht, wie es darauf reagieren soll. Deshalb hat Dr. Frei eine ethische Fallbesprechung angeregt. Anna selbst möchte bei dem Gespräch nicht dabei sein, hat jedoch ihr Einverständnis zu der Besprechung gegeben und den Arzt und die Krankenschwester von ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Vater und dem Moderator entbunden.

Information für die Moderatoren zu den Fallbesprechungen

#### **2.3.6. Rahmen und Ablauf der Fallbesprechungen**

Fallbesprechung A und B fanden im November 2014 statt, Fallbesprechung C im Januar 2015. Sie wurden im Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU München durchgeführt. Die Teilnehmer saßen jeweils im Halbkreis, der Moderator bekam die Anweisung, über die Sitzordnung zu entscheiden. Es kam in allen Gesprächen zu einer

identischen Anordnung der vier Gesprächsteilnehmer.

Der Zeitrahmen betrug jeweils 120 Minuten. Dabei waren 30 Minuten für Begrüßung, Information zur Studie und Instruktionen an die Teilnehmer vorgesehen, 60 Minuten für die Fallbesprechung und 30 Minuten für die Nachbesprechung und Verabschiedung.

Fallbesprechung A dauerte 65 Minuten, Fallbesprechung B 44 Minuten und Fallbesprechung C 73 Minuten.

### **2.3.7. Aufzeichnung**

Für die spätere Auswertung wurden von den Fallbesprechungen Video- und Tonaufnahmen, von den Nachbesprechungen Tonaufnahmen gemacht. Während den Besprechungen wurde dabei die gleiche Kameraeinstellung beibehalten, die Gesamtansicht der vier Gesprächsteilnehmer.

### **2.3.8. Nachbesprechungen**

Eine kurze Nachbesprechung fand jeweils direkt im Anschluss an die Gespräche statt. Zunächst wurde der Moderator gefragt, wie er das Gespräch erlebt hatte und wie gut er seinen Leitfaden anwenden konnte. Anschließend wurden die übrigen Teilnehmer danach befragt, wie sie ihre eigene Rolle erlebt hatten und wie sie die Moderation und die Strukturierung der Entscheidungsfindung erlebt hatten.

### **2.3.9. Transkription**

Unter Verwendung der Videoaufzeichnungen wurden die Gespräche wörtlich transkribiert. Es wurde ein Transkriptionssystem verwendet, das die Sprache zugunsten der Lesbarkeit leicht glättet und den Schwerpunkt auf den Inhalt des Redebeitrags legt [20].

### **2.3.10. Gesprächsanalyse**

Hinsichtlich der Analyse der Fallbesprechungen wurde zunächst die Methode des *Coding* nach Johnny Saldaña geprüft [48]. In dieser Methode werden Texte in mehreren Zyklen analysiert. Zunächst werden sie in Sinnabschnitte gegliedert und mit Codes, also zusammenfassenden und die Essenz des Abschnitts erfassenden Attributen, versehen. Anschließend werden in weiteren Zyklen die Codes überarbeitet und gegebenenfalls neu arrangiert und klassifiziert, um Muster aufzudecken und immer tiefere Einsichten in den Inhalt der Daten zu gewinnen. Für die vorliegende Studie wurde die Methode des *Coding* jedoch verworfen, da sie auf inhaltliche Sinnabschnitte fokussiert ist und in der Studie viele der Inhalte schon durch die Fallvignette und die Rollenprofile vorgegeben waren. Die Methode schien nicht geeignet, die relevanten Zusammenhänge und Abläufe innerhalb der Besprechungen adäquat zu analysieren. Deshalb wurde die im Folgenden beschriebene

qualitative Auswertung angewandt.

### **Gesprächsergebnisse und ihre Entstehung**

Die Gespräche wurden dahingehend untersucht, welche Handlungsalternative am Ende der Gespräche jeweils als Ergebnis festgehalten wird, durch wen und in welchem Kontext des Gesprächs diese Option eingebracht wird und warum diese Option sich durchsetzt.

### **Ethische Deliberation**

Außerdem wurde analysiert, wie die ethische Bewertung in den Gesprächen verläuft.

Fallbesprechung A und B wurden beide nach dem Modell der *Prinzipienorientierten Falldiskussion* geleitet. Sie wurden bezüglich der Berücksichtigung der vier biomedizinischen Prinzipien Fürsorge, Schadensvermeidung, Respekt vor der Autonomie und Gerechtigkeit analysiert, da das Modell eine ethische Bewertung nach diesen Prinzipien fordert. Es wurde untersucht, von wem und in welchem Kontext das Prinzip in das Gespräch eingebracht wird und wie ausführlich das Prinzip besprochen wird, also ob die Standpunkte der Gesprächsteilnehmer zur Sprache kommen und inwiefern diese Ansichten diskutiert werden, wenn sie sich unterscheiden. Des Weiteren wurde analysiert, inwiefern in der Synthese am Ende der Gespräche bei Konflikten zwischen den Prinzipien abgewogen wird.

Die Moderation der Fallbesprechung C basierte auf dem *Basler Leitfaden*. Diesem dient neben dem Vier-Prinzipien-Ansatz der *Systematische Perspektivenwechsel* als theoretische Grundlage. Die systematische Variation der Sichtweisen, bei der unter anderem die persönlichen Bedürfnisse der beteiligten Personen, verschiedene Beziehungsebenen, professionelle und institutionelle Perspektiven betrachtet werden, hat zum Ziel, die Voreingenommenheit der eigenen Sichtweise zu verlassen und eine vielseitigere und ausgeglichene Beurteilung der Situation zu erreichen. Fallbesprechung C wurde deshalb ebenfalls dahingehend untersucht, inwiefern der Konflikt nach ethischen Prinzipien bewertet wird. Darüber hinaus wurde die Umsetzung des *Systematischen Perspektivenwechsels* untersucht.

### **Typisierung der Moderatoren**

Schließlich wurde das Gesprächsverhalten der Moderatoren analysiert und jeweils ein Typ definiert. Dazu wurden, basierend auf kommunikationstheoretischen Grundlagen [53], Kriterien bestimmt, nach denen das Verhalten der Moderatoren beschrieben wurde. Bezüglich des paraverbalen Gesprächsverhaltens waren dies Redeanteil, Lautstärke, Sprechgeschwindigkeit und Sprachstil, hinsichtlich des nonverbalen Verhaltens Sitzposition, Körperhaltung, Gestik, Mimik und Augenkontakt und in Bezug auf die verbalen Äußerungen

Strukturiertheit, Verständlichkeit, Rolle und Kommunikationsstil. Hinsichtlich des paraverbalen und nonverbalen Gesprächsverhaltens einerseits und der verbalen Äußerungen andererseits wurde dann jeweils ein Typ definiert und schließlich zu einer Typisierung des Moderators verbunden. Um die Interrater-Reliabilität zu erhöhen, wurde die Typisierung von zwei unterschiedlichen Personen vorgenommen, die Ergebnisse verglichen und zu einer gemeinsamen Typisierung zusammengefügt.

### 3. Ergebnisse

Zuerst wird die Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung dargestellt. Es folgt die Erläuterung der Ergebnisse der Fragebogenstudie und anschließend werden die Resultate der Fallbesprechungsstudie beschrieben.

#### 3.1. Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung

Im Folgenden werden Modelle klinisch-ethischer Fallbesprechung charakterisiert hinsichtlich ihres philosophischen bzw. theoretischen Ansatzes, den Zielsetzungen der Modelle, der Form, den Prozessregeln, den Angaben zu den Teilnehmern, der Methode der Informationssammlung, der Ermittlung von Handlungsoptionen und der normativen Abwägung.

##### 3.1.1. Philosophischer/ theoretischer Ansatz

Ein philosophischer Ansatz, der in Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung weite Verbreitung findet, ist die Zugrundelegung der vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress [9]. In diesen Modellen wird eine ethische Bewertung der zu besprechenden Problematik anhand der Prinzipien Respekt vor der Autonomie, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit vorgeschlagen. Häufig verwendete Modelle, die darauf basieren, sind beispielsweise die *Nimwegener Methode* nach Steinkamp und Gordijn [58] und die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer [38].

Außerdem gibt es Modelle, die für die Bewertung ebenfalls die Orientierung an den bioethischen Prinzipien empfehlen und einen zusätzlichen theoretischen Fokus haben wie das Modell *METAP (Modell zur ethischen Entscheidungsfindung in interprofessionellen Teams)* nach Albisser Schleger et al. [3]. Das Modell ist eine Weiterentwicklung des *Basler Leitfadens* nach Reiter-Theil [46]. Es enthält unter anderem ein vierstufiges Eskalationsmodell zur schrittweisen Problemlösung, wobei die Stufen je nach Schwere der Fragestellung ausgewählt werden und unterschiedliche Maßnahmen und Personen miteinschließen. Somit bietet jede Stufe zusätzliches Potenzial zur Problemlösung an. Die Autoren bezeichnen das Modell als „*pädagogisch-basiertes Entscheidungsfindungsmodell*“, da der Schwerpunkt des Modells auf der Verbesserung der ethischen Kompetenz des klinischen Personals liegt.

Es bestehen weiterhin hermeneutische Modelle wie die *Moral Case Deliberation* nach Molewijk et al. [40], die *Hermeutic Method* nach Dekkers [15] und das Modell *A Narrative*

*Ethics of Care* nach Paulsen [43]. Ein Modell mit induktivem, kasuistischem Ansatz ist beispielsweise die modifizierte Version des *Karolinska model for ethical analysis* nach Bartholdson et al. [5]. Einem ebenfalls induktiven Ansatz folgt der *Klinische Pragmatismus* des *Marburger Modells* nach Gerdes und Richter [47]. Bei dieser Methodik wird die klinische und moralische Entscheidungsfindung integriert, indem induktiv moralisch argumentiert und ein moralischer Konsens gesucht wird. Der *Sokratische Dialog*, vorgestellt von Steinkamp und Gordijn [56], hat neben der philosophischen Reflektion über ein praktisches Problem die Klärung grundlegender Konzepte und Prinzipien zum Ziel.

Des Weiteren bestehen viele Modelle ohne einen spezifischen theoretischen oder philosophischen Hintergrund. Das *CASES-*Modell der Amerikanischen *Veterans Health Administration* [25] beispielweise schlägt verschiedene theoretische Ansätze vor, wie eine Prinzipien-basierte, Fallbasierte oder narrative Methodik, ähnlich dem *SME-Modell* des Zentrums für Medizinethik in Oslo [24].

### **3.1.2. Zielsetzungen**

Methoden der klinisch-ethischen Fallbesprechungen können mit unterschiedlichen Zielsetzungen eingesetzt werden [56]. In nur wenigen Modellen wird jedoch das Ziel der Methode dargestellt. Viele Modelle wie beispielsweise die *Nimwegener Methode* nach Steinkamp und Gordijn [58] oder die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer [38] haben den Zweck, eine ethisch möglichst gut begründete Entscheidung treffen zu können. Ansätze wie der *Klinische Pragmatismus* des *Marburger Modells* nach Gerdes und Richter [47] und weitere [7] dagegen zielen auf einen Konsens der beteiligten Personen ab. Hermeneutische Methoden wie die *Hermeneutic Method* nach Dekkers [15] zielen auf Reflektion, Einsicht und Interpretation ab. Bei der Methode des *Sokratischen Dialogs*, wie von Steinkamp und Gordijn vorgestellt [56], wird philosophische Reflektion genutzt, um praktische Probleme zu beraten und in darauf folgenden Abstraktionsschritten Einsicht in grundlegende philosophische Konzepte und Prinzipien zu gewinnen.

### **3.1.3. Form**

Eine Vielzahl der Modelle wurde als Leitfaden veröffentlicht, der meist in einem begleitenden Text erläutert wird. Die Leitfäden enthalten Leitfragen oder konkrete Schritte des Gesprächs zur Strukturierung der Fallbesprechung. Zu einigen Modellen wurden außerdem Protokolle publiziert, die zur Orientierung während der Fallbesprechung oder zur Unterstützung bei der Dokumentation dienen können, beispielsweise das *Basler Protokoll zur Klinischen*

*Ethikkonsultation* [46] oder der Frage- und Protokollbogen zum Fallbesprechungsmodell der Malteser Trägergesellschaft [26].

Manche Modelle wurden ohne Leitfaden oder Protokoll in einem Text veröffentlicht wie die *Hermeneutische Methode* nach Dekkers [15] oder das *Lille-Modell* nach Cadoré et al. [13].

### **3.1.4. Prozessregeln**

In manchen Modellen werden Angaben zur Initiative zur ethischen Fallbesprechung gemacht. Das Fallbesprechungsmodell der Malteser Trägergesellschaft [26] beschreibt, dass die Fallbesprechungen über zwei unterschiedliche Wege initiiert werden können, entweder durch die Anregung von Mitarbeitern, Angehörigen oder Patienten oder durch den Eintritt einer definierten Behandlungssituation, die nach vorheriger Vereinbarung in der Institution regelmäßig eine Fallbesprechung nach sich zieht. Daraufhin sieht das Modell eine verbindliche Einforderung der Fallbesprechung und die Suche eines Moderators vor.

Die meisten Modelle enthalten Angaben zu den Schritten, nach denen die Fallbesprechung gegliedert werden sollte. Wenige Modelle, wie die *Hermeneutic Method* nach Dekkers [15] beschreiben nur den grundsätzlichen Gesprächsablauf.

In einigen Modellen finden sich Angaben zu den Aufgaben des Moderators. Die *Nimwegener Methode* nach Steinkamp und Gordijn [58] beispielsweise beschreibt, dass der Moderator in der Besprechung eine möglichst neutrale Haltung einnehmen und dafür sorgen solle, dass alle relevanten Fragen und Sichtweisen zur Sprache kommen. Außerdem wird empfohlen, dass der Moderator nicht von der Abteilung selbst kommen solle, sondern aus einer Gruppe ausgebildeter Moderatoren für ethische Fallbesprechungen.

In manchen Modellen wird darauf eingegangen, wie sie anzuwenden sind bei prospektiven und retrospektiven Fallbesprechungen, wie im *SME-Modell* des Zentrums für Medizinethik in Oslo [24]. In prospektiven Besprechungen werden ethische Probleme bezüglich anstehender Entscheidungen in der Behandlung eines Patienten beraten. Retrospektive Fallbesprechungen werden durchgeführt, nachdem eine Entscheidung gefällt wurde oder ein Fall abgeschlossen wurde, um im Nachhinein aus dem Fall zu lernen.

Einige Modelle machen außerdem Vorschläge zur Dokumentation der Fallbesprechung. Das *Basler Modell* nach Reiter-Theil [46] beispielsweise sieht vor, dass in einer kurzen Mitschrift zunächst das weitere Vorgehen festgehalten wird und eine ausführliche Version später der



Patientenakte beigelegt wird, auch um im Nachhinein die Argumentation und Entscheidungsfindung nachvollziehen zu können.

### **3.1.5. Teilnehmer**

In vielen Modellen werden Angaben dazu gemacht, wer an der Fallbesprechung teilnehmen sollte. Häufig ist die Leitung des Gesprächs durch einen geschulten Moderator vorgesehen. Außerdem empfehlen viele Modelle die Teilnahme von Mitgliedern des interdisziplinären Behandlungsteams. Dabei beziehen sich viele Modelle nicht nur auf ärztliche und pflegerische Mitarbeiter. Die modifizierte Version des *Karolinska model for ethical analysis* nach Bartholdson et al. [5] beispielsweise empfiehlt außerdem die Teilnahme von weiterem Fachpersonal wie Psychologen oder Sozialarbeitern.

Nur in wenigen Modellen wird die mögliche Teilnahme von Angehörigen oder des Patienten selbst erwähnt. Das Fallbesprechungsmodell der Malteser Trägergesellschaft [26] stellt verschiedene Möglichkeiten vor, den Patienten an der Fallbesprechung dennoch zu beteiligen, unter anderem die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens im Vorfeld des Gesprächs und die partielle Teilnahme des Patienten an der Besprechung im Rahmen der Faktensammlung.

### **3.1.6. Methode der Informationssammlung**

Im überwiegenden Teil der Modelle werden Angaben dazu gemacht, welche Informationen für die Fallbesprechung gesammelt werden sollen. Viele Modelle betonen die Bedeutung der Sammlung von Informationen zum Patienten aus den unterschiedlichen Perspektiven der beteiligten Berufsgruppen, vor allem aus ärztlicher und pflegerischer, aber auch aus psychologischer, rechtlicher, spiritueller oder ökonomischer Perspektive [5], [12], [26], [38], [46], [49], [58].

In einigen Modellen wird auch angegeben, wie die Informationssammlung ablaufen soll. Manche Modelle enthalten beispielsweise den Vorschlag, dass zunächst eine Person den Fall präsentiert und anschließend Fakten von anderen Teilnehmern hinzugefügt werden [5]. Es gibt auch Modelle, nach denen vor der Fallbesprechung zur Informationssammlung die Patientenakte durchgesehen werden soll und Gespräche geführt werden sollen mit dem Behandlungsteam, anderen beteiligten Berufsgruppen, dem Patienten und seinen Angehörigen [42]. Andere Modelle sehen eine Checkliste vor, die zur Informationssammlung vor der Fallbesprechung genutzt werden soll [51].

### **3.1.7. Ermittlung von Handlungsoptionen**

Die meisten Modelle enthalten einen Schritt, in dem die zur Verfügung stehenden Handlungsoptionen ermittelt werden. Meist steht dieser Schritt am Ende der Informationssammlung vor der Bewertung der Optionen. Einige Modelle, insbesondere die mit hermeneutischer Methodik, enthalten jedoch keinen solchen Schritt [15], [43].

### **3.1.8. Normative Abwägung**

Zur normativen Abwägung der Handlungsoptionen und deren Gründe und Argumente werden in vielen Modellen ethische Prinzipien oder andere Kriterien genannt. Die Modelle machen unterschiedlich konkrete Angaben, wie diese Kriterien anzuwenden sind und wie bei einem Konflikt zwischen ihnen vorgegangen werden soll.

#### **Nennung ethischer Prinzipien oder anderer Kriterien zur normativen Abwägung**

Die Modelle, die eine Prinzipien-basierte ethische Bewertung vorsehen, stützen sich auf die vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress. Auch andere, nicht explizit Prinzipien-basierte Modelle nennen Prinzipien oder Kriterien zur ethischen Abwägung. Der *4-Step-Approach* nach Dörries [18] erwähnt neben den vier bioethischen Prinzipien andere oft relevante Werte wie Wahrhaftigkeit oder Verantwortung. Das *So Far No Objections-*Modell nach Dubois [22] nennt neben den vier Prinzipien weitere, je nach Fall möglicherweise relevante Prinzipien, Normen und Werten.

Daraus ergibt sich das Problem, dass sich aus der alleinigen Nennung von Prinzipien noch keine Angaben zur Abwägung und Anwendung der Prinzipien bei Konflikten ergibt.

#### **Angaben zur Anwendung der Prinzipien und zum Vorgehen bei Konflikten**

Nur wenige Modelle machen Angaben zur Anwendung der Prinzipien oder anderen Kriterien der normativen Abwägung beziehungsweise zum Vorgehen bei Konflikten zwischen diesen. Die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer [38] sieht bei einem Konflikt zwischen den Prinzipien eine begründete Abwägung vor, da es keine Hierarchie zwischen den Prinzipien gebe. Zu der Abwägung, welche ethische Verpflichtung Priorität habe, sollen fallbezogene Gründe herangezogen werden. In dem *Integrativen Modell für die ethische Fallbesprechung* nach Bormann [12] werden moralische Gesichtspunkte des Falls in eine Rangordnung gebracht, die sich an dem obersten normativen Beurteilungsmaßstab der „möglichst umfassend entfalteten Handlungsfähigkeit“ orientiert. Das *Lanza Foundation Protocol* nach Viafora [60], sieht eine ethische Beurteilung in zwei Phasen vor, einer

deontologischen Phase mit Beurteilung der Entscheidung hinsichtlich der relevanten Prinzipien und eine teleologische Phase, in der die Entscheidung in Bezug auf ihre möglichen Konsequenzen hin bewertet wird. In dem Modell *So Far No Objections* nach DuBois [22] wird ein Rahmen für die Rechtfertigung ethischer Entscheidungen dargestellt, der auf einer Veröffentlichung von Childress et al. [14] basiert. Danach können Handlungen, die mit bestimmten Werten oder Normen im Konflikt stehen, trotzdem gerechtfertigt werden, wenn sie folgende Kriterien erfüllen: Notwendigkeit der Einschränkung von Werten oder Normen, um das beabsichtigte Ziel zu erreichen und Wirksamkeit der Handlung hinsichtlich des Ziels. Als weitere Kriterien werden die Verhältnismäßigkeit des Hinwegsetzens über Normen oder Werte einerseits und der Wichtigkeit des Ziels andererseits genannt, außerdem die minimale Verletzung von Normen oder Werten und ein angemessener Prozess der Entscheidungsfindung.

### **3.2. Fragebogenstudie**

Da die Fragebogenstudie teils online, teils auf einem Kongress durchgeführt wurde, kann eine exakte Rücklaufquote für die gesamte Fragebogenstudie nicht berechnet werden. Auf dem Kongress wurden 18 Fragebögen beantwortet. Im Rahmen der online durchgeführten Fragebogenstudie füllten 78 der 209 angeschriebenen Personen den Fragebogen aus, was eine Rücklaufquote von 37% ergibt.

Die Hauptherkunftsländer der Teilnehmer sind Deutschland, die USA und die Schweiz. Bei der Angabe des Berufs waren Mehrfachantworten möglich. Die am häufigsten vertretenen Berufsgruppen sind Ärzte, Philosophen und Pflegekräfte. Es haben etwas mehr weibliche als männliche Personen teilgenommen. Das Medianalter liegt bei 50 Jahren.

**Tabelle 11: Demographische Daten**

| <b>Herkunftsland</b>    | <b>Anzahl</b>         |
|-------------------------|-----------------------|
| Deutschland             | 37                    |
| USA                     | 10                    |
| Schweiz                 | 9                     |
| Norwegen                | 7                     |
| Dänemark                | 6                     |
| Schweden                | 3                     |
| Frankreich              | 3                     |
| Italien                 | 2                     |
| Brasilien               | 2                     |
| Kanada                  | 2                     |
| Weitere Herkunftsländer | 10                    |
| Keine Angabe            | 5                     |
| <b>Beruf</b>            | <b>Anzahl</b>         |
| Arzt                    | 40                    |
| Philosoph               | 26                    |
| Pflegekraft             | 15                    |
| Ethiker                 | 9                     |
| Psychologe              | 4                     |
| Theologe/Seelsorger     | 4                     |
| Soziologe               | 2                     |
| Weitere Berufe          | 7                     |
| Keine Angabe            | 8                     |
| <b>Geschlecht</b>       | <b>Anzahl/Prozent</b> |
| Weiblich                | 50/52%                |
| Männlich                | 41/43%                |
| Keine Angabe            | 5/5%                  |
| <b>Alter</b>            | <b>Jahre</b>          |
| Mittelwert              | 49,9                  |
| Median                  | 50                    |

Demographische Daten der Teilnehmer, n=96

Weitere Berufe (jeweils eine Nennung): Biochemiker, Diplompädagogin, Ethikberaterin für das Gesundheitswesen/Personalentwicklerin, Fachkraft im öffentlichen Gesundheitswesen, Jurist, Manager, Sozialarbeiter

Weitere Herkunftsländer (jeweils eine Nennung): Australien, Bulgarien, Finnland, Japan, Kroatien, Niederlande, Österreich, Russland, Taiwan, Vereinigtes Königreich

Der Rahmen im Gesundheitswesen, in dem die Teilnehmer weitaus am häufigsten ethische Fallbesprechungen durchführen, ist das Krankenhaus, gefolgt von Langzeitpflegeeinrichtungen und dem ambulanten Bereich (s. Tabelle 12).

**Tabelle 12: In welchem Rahmen im Gesundheitswesen führen Sie ethische Fallbesprechungen durch?**

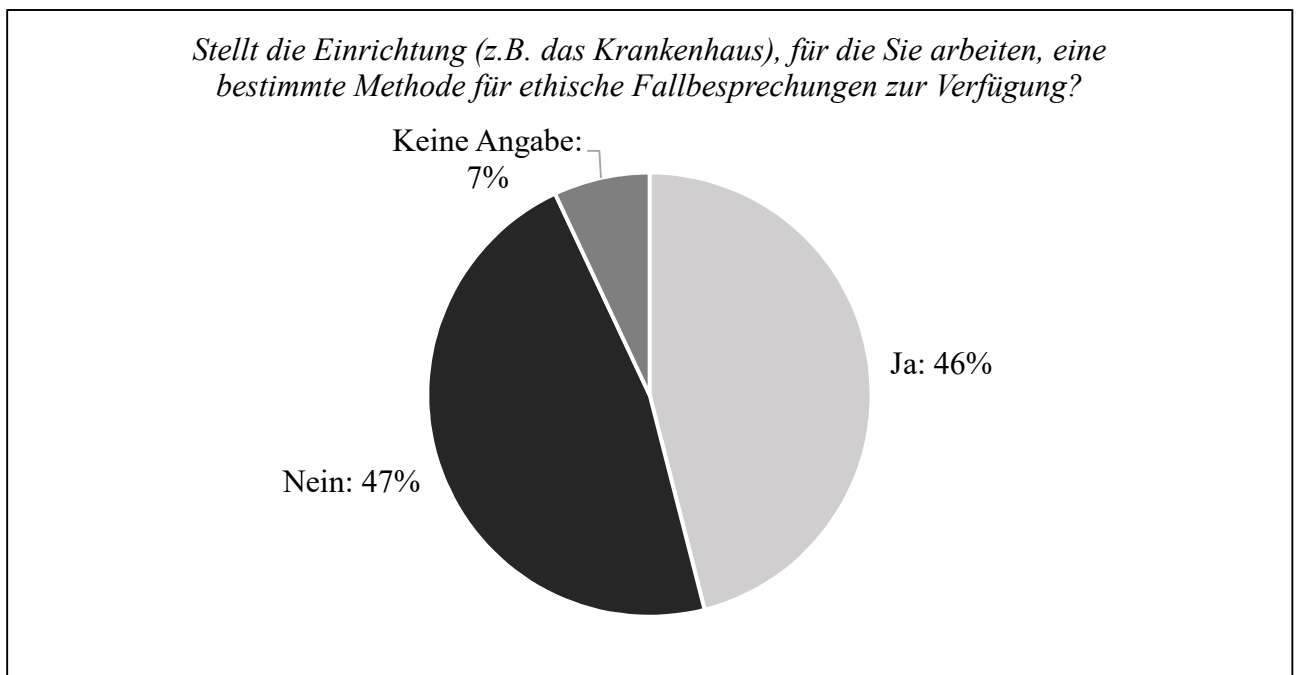
| Antwort  | Anzahl |
|--|--------|
| In einem Krankenhaus                                 | 82     |
| In einer Langzeitpflegeeinrichtung (z.B. Pflegeheim) | 21     |
| In einem ambulanten Rahmen                           | 22     |
| In der gemeindenahen Gesundheitsversorgung           | 3      |
| In der Pflege psychisch kranker Menschen             | 2      |
| Andere   | 5      |

Rahmen der ethischen Fallbesprechungen, n=96, Mehrfachantworten möglich

Andere: Auf eine philosophische Weise, quer durch alle Gesundheitseinrichtungen, in der Versorgung alter Menschen, Beim Unterricht für Medizinstudenten, in dem Fallbespiele verwendet werden, in einer Vielzahl weiterer Einrichtungen einschließlich körperlicher und psychischer Gesundheitsversorgung (sowohl ambulant als auch stationär), Pädiatrie und Palliativmedizin

Einrichtungen, in denen die Teilnehmer arbeiten, die für ethische Fallbesprechungen eine bestimmte Methode zur Verfügung stellen, halten sich mit jenen, die dies nicht tun, in etwa die Waage (s. Abbildung 1).

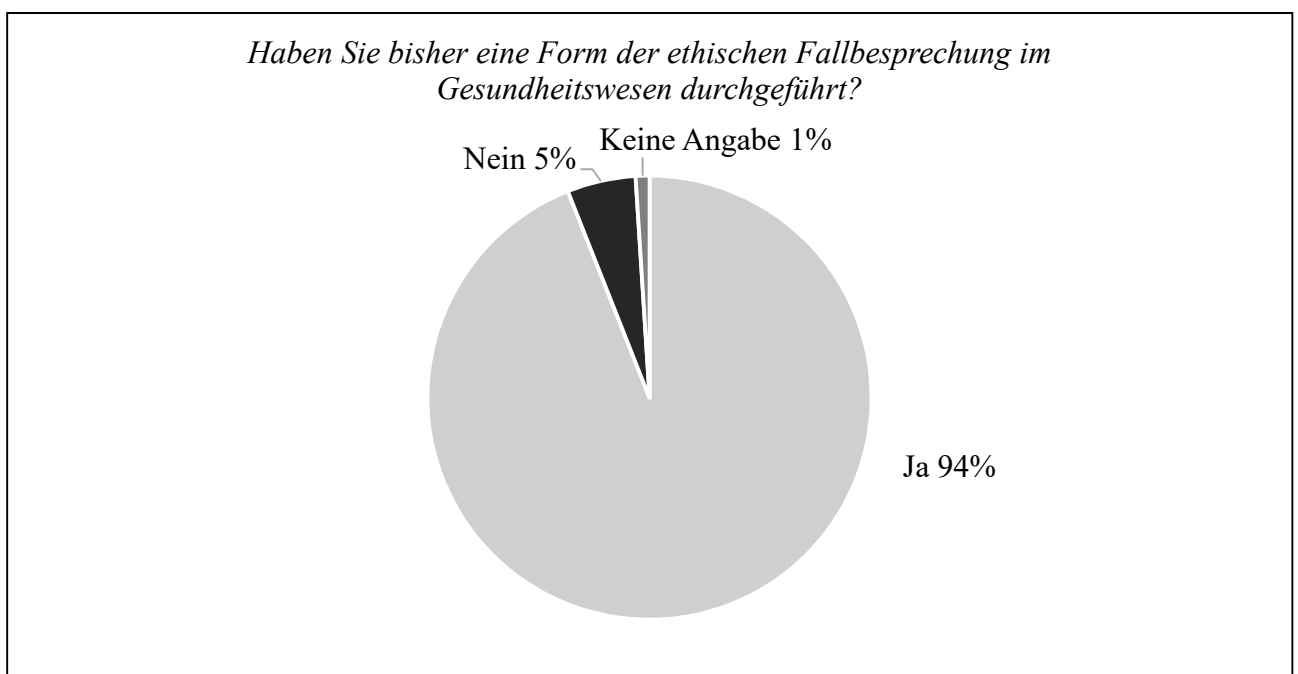
### Abbildung 1: Bereitstellung von Methoden



Bereitstellung von Methoden für ethische Fallbesprechungen, n=96, Angabe der prozentualen Anteile der Antworten

90 der 96 Teilnehmer, also 94% der Teilnehmer, haben bisher eine Form der ethischen Fallbesprechung im Gesundheitswesen durchgeführt (s. Abbildung 2).

### Abbildung 2: Durchführung ethischer Fallbesprechungen

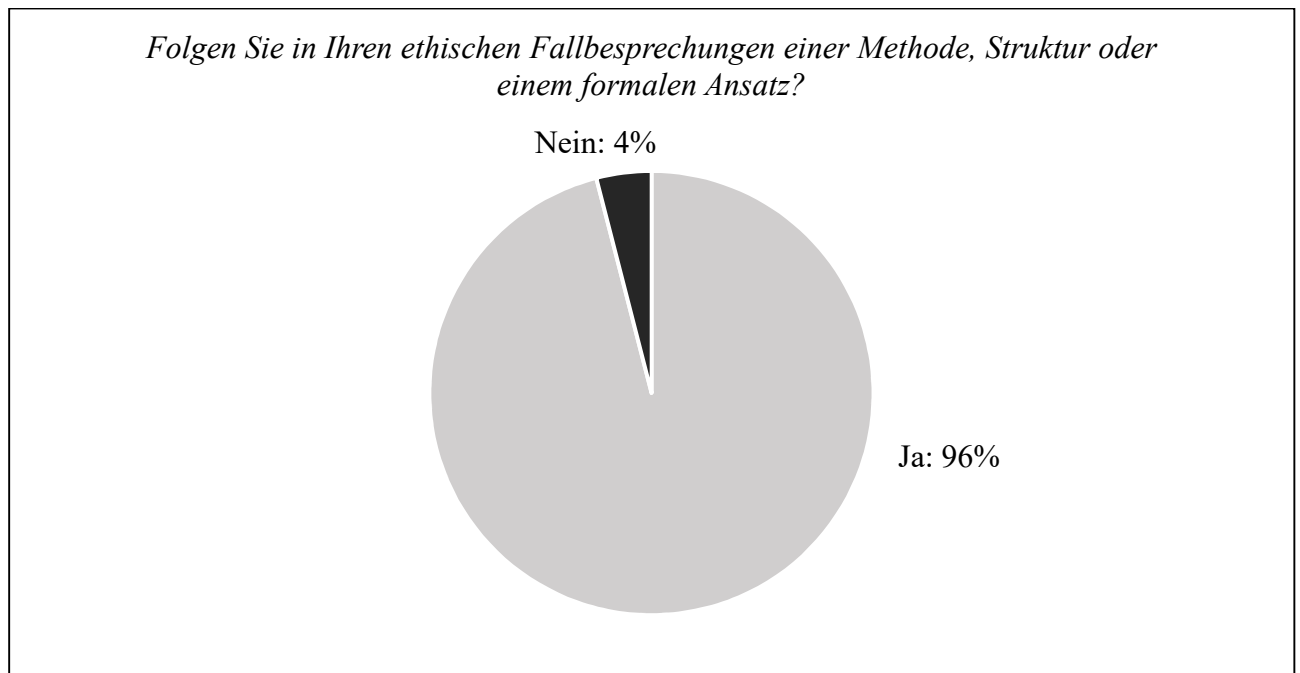


Bisherige Durchführung ethischer Fallbesprechungen, n=96, Angabe der prozentualen Anteile der Antworten

Bei den folgenden beiden Fragen wurden nur die Antworten dieser 90 Personen berücksichtigt, da sich diese Fragen an Personen richten, die selbst schon ethische Fallbesprechungen im Gesundheitswesen durchgeführt haben. 96% dieser Personen folgen in

ihren ethischen Fallbesprechungen einer Methode, Struktur oder einem formalen Ansatz (s. Abbildung 3).

### Abbildung 3: Verwendung von Methoden



Verwendung von Methoden in ethischen Fallbesprechungen, n=90, Angabe der prozentualen Anteile der Antworten

Die Methoden, die die 90 Personen anwenden, die selbst ethische Fallbesprechungen durchgeführt haben, sind unten dargestellt. Am häufigsten verwendet werden die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer, die *Nimwegener Methode* nach Steinkamp und Gordijn und der *Basler Leitfaden* nach Reiter-Theil. 18 Personen gaben an, eine selbst erstellte Methode zu verwenden (s. Tabelle 13).

**Tabelle 13: Welche Methoden haben Sie bisher in ethischen Fallbesprechungen angewandt?**

| <b>Methode</b>  | <b>Anzahl</b> |
|---|---------------|
| <i>Prinzipienorientierte Falldiskussion</i> (Marckmann/Mayer) [38]  | 23            |
| <i>Nimwegener Methode</i> (Steinkamp/Gordijn) [58]  | 20            |
| <i>Basler Leitfaden</i> (Reiter-Theil) [46]   | 19            |
| <i>4-Boxes-Approach</i> (Jonsen/Winslade/Siegler) [28]  | 15            |
| <i>Moral Case Deliberation</i> (Widdershoven et al.) [40]   | 12            |
| <i>SME<sup>1</sup>-Modell/Norwegische nationale Leitlinien</i><br>(Zentrum für Medizinethik, Universität Oslo) [24] | 12            |
| <i>CASES<sup>2</sup></i> (Fox et al.) [25]  | 6             |
| <i>Bochumer Arbeitsbogen</i> (Sass et al.) [50]   | 5             |
| <i>Karolinska model for ethical analysis</i> (Bartholdson et al.) [5]   | 3             |
| <i>7 Schritte Dialog</i> (Baumann-Hölzle) [7]   | 2             |
| <i>METAP<sup>3</sup></i> (Albisser-Schleger et al.) [3]   | 2             |
| <i>A Process and Format for Clinical Ethics Consultation</i> (Orr/Shelton) [42]                                     | 1             |
| <i>BMC<sup>4</sup> Ethics Work-Up</i> (Baylor College of Medicine, Center for Medical Ethics) [8]                   | 1             |
| <i>Clinical pragmatism</i> (Fletcher/Miller/Fins) [39]  | 1             |
| <i>Hermeneutic Method</i> (Dekkers) [15]  | 1             |
| <i>Lanza Foundation Protocol</i> (Viafora et al.) [60]  | 1             |
| <i>Lille Model</i> (Cadoré et al.) [13]   | 1             |
| <i>Fallbesprechungsmodell der Malteser Trägergesellschaft</i> (Malteser Trägergesellschaft) [26]                    | 1             |
| <i>Marburger Modell</i> (Richter) [47]  | 1             |
| <i>MEFES<sup>5</sup></i> (Scheule) [51]   | 1             |
| <i>Narrative Ethics of Care</i> (Paulsen) [43]  | 1             |
| <i>Prinzipien biomedizinischer Ethik</i> (Beauchamp and Childress) [9]  | 1             |
| <i>Socratic Dialogue</i> (Steinkamp/Gordijn) [56]   | 1             |

<sup>1</sup> Senter for medisinsk etikk (Zentrum für Medizinethik)

<sup>2</sup> Clarify the Consultation Request, Assemble the Relevant Information, Synthesize the Information, Explain the Synthesis, Support the Consultation Process

<sup>3</sup> Modular, Ethik, Therapieentscheidung, Allokation, Prozess

<sup>4</sup> Baylor College of Medicine

<sup>5</sup> Multidisziplinäre ethische Fallbesprechung in schwierigen Entscheidungssituationen

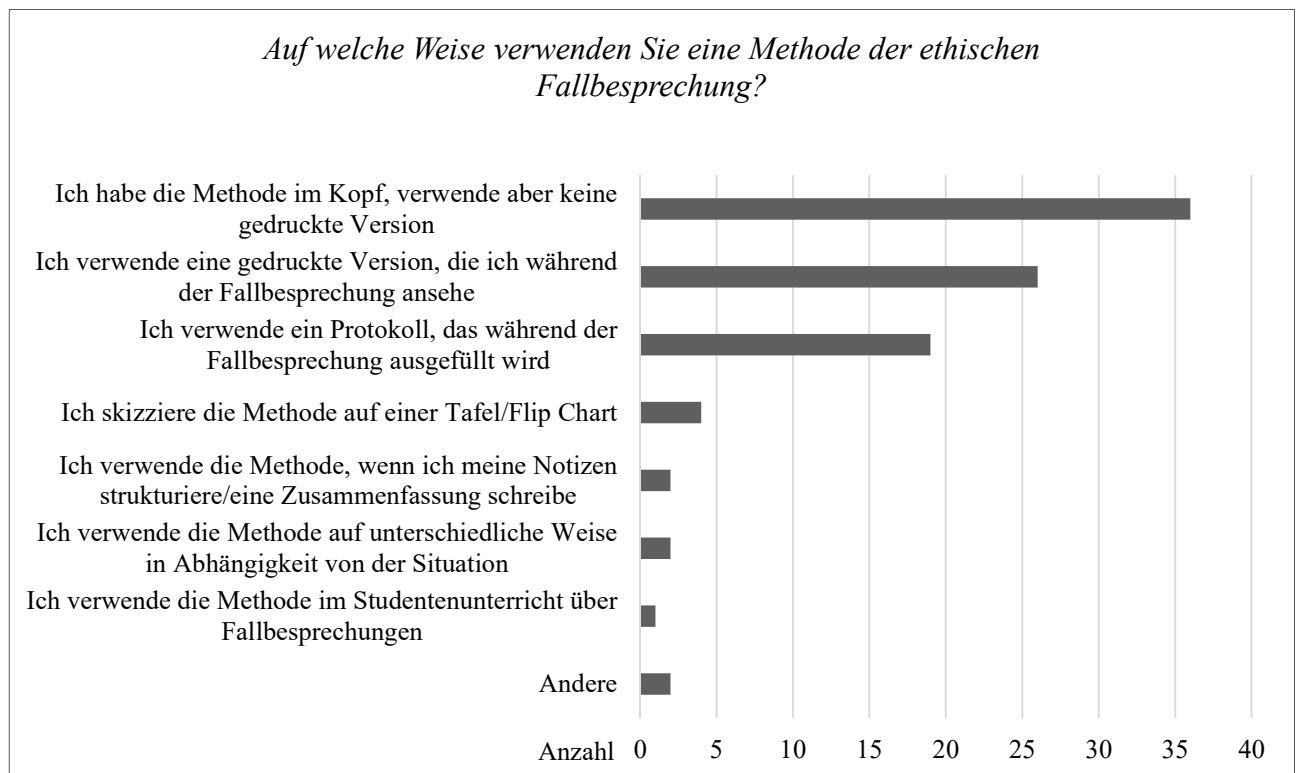


|   |    |
|---|----|
| <i>So Far No Objections</i> (DuBois) [22] | 1  |
| Selbst erstellte Methode                  | 18 |

Bisher durch die Teilnehmer in ethischen Fallbesprechungen verwendete Modelle, n=90, Mehrfachantworten möglich, in Klammern sind die Autoren genannt, die das Modell entwickelt und publiziert haben

Am häufigsten verwenden die Teilnehmer Methoden der ethischen Fallbesprechung, indem sie diese verinnerlicht haben und keine gedruckte Version nutzen, gefolgt von der Verwendung einer gedruckten Version, die während der Fallbesprechung angesehen wird (s. Abbildung 4).

**Abbildung 4: Weise der Verwendung einer Methode**



Weise der Verwendung der Methoden, n=96, Mehrfachantworten möglich, bei Antwortoption „Ich verwende die Methode auf eine andere Weise“ Freitextantworten möglich

Andere: Wir verwenden unsere Methode als Rahmen für die Mitglieder unseres Ethikkomitees, die an der Besprechung teilnehmen, Auszubildende haben die Möglichkeit, eine gedruckte Version der Methode zu verwenden und alle verwenden ein Protokoll in der Vorbereitung des späteren Beratungsprotokolls

Unten ist dargestellt, welche Methoden in welchen Ländern am häufigsten angewendet werden. Dabei geht es im Gegensatz zu obiger Frage nicht darum, welche Modelle die Teilnehmer selbst verwenden, sondern welche Modelle gemäß der Einschätzung der Teilnehmer in ihrem jeweiligen Herkunftsland am meisten verwendet werden. In Deutschland werden nach Angaben der Teilnehmer am häufigsten die *Nimwegener Methode* nach Steinkamp und Gordijn und die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer verwendet. In den USA überwiegen der *4-Boxes-Approach* nach Jonsen, Winslade und

Siegler und in der Schweiz der *7 Schritte Dialog* von Dialog Ethik und *METAP* nach Albisser-Schleger et al. In Norwegen und Dänemark werden das *SME*-Modell, also die norwegischen nationalen Leitlinien für klinische Ethikkomitees, am häufigsten verwendet (s. Tabelle 14)

**Tabelle 14: Welche Methoden der ethischen Fallbesprechung werden in Ihrem Land am häufigsten verwendet?**

| Antwort  | Anzahl |
|--|--------|
| <b>Deutschland</b>   |        |
| <i>Nimwegener Methode</i> (Steinkamp/Gordijn) [58]                 | 9      |
| <i>Prinzipienorientierte Falldiskussion</i> (Marckmann/Mayer) [38] | 6      |
| <i>Bochumer Arbeitsbogen</i> (Sass et al.) [50]                    | 2      |
| <i>Basler Leitfaden</i> (Reiter-Theil) [46]                        | 1      |
| <i>Klinische Methode</i> (Neitzke) [19]                            | 1      |
| Prinzipienorientierte Ansätze                                      | 1      |
| <b>USA</b>   |        |
| <i>4-Boxes-Approach</i> (Jonsen/Winslade/Siegler) [28]             | 6      |
| <i>CASES</i> <sup>6</sup> (Fox et al.) [25]                        | 3      |
| Prinzipienorientierte Ansätze                                      | 2      |
| <i>So Far No Objections</i> (DuBois) [22]                          | 1      |
| <i>Prinzipien biomedizinischer Ethik</i> (Beauchamp/Childress) [9] | 1      |
| Kasuistik  | 1      |
| <b>Schweiz</b>   |        |
| <i>7 Schritte Dialog</i> (Dialog Ethik) [7]                        | 3      |
| <i>METAP</i> <sup>7</sup> (Albisser-Schleger et al.) [3]           | 2      |
| <i>Basler Leitfaden</i> (Reiter-Theil) [46]                        | 1      |
| <i>Moral Case Deliberation</i> (Widdershoven et al.) [40]          | 1      |
| <i>Nimwegener Methode</i> (Steinkamp/Gordijn) [58]                 | 1      |
| Prinzipienorientierte Ansätze                                      | 1      |
| Selbst erstellte Zusammensetzungen von Methoden                    | 1      |
| <b>Norwegen</b>  |        |
| <i>SME</i> <sup>8</sup> -Modell/Norwegische nationale Leitlinien   | 7      |

<sup>6</sup> Clarify the Consultation Request, Assemble the Relevant Information, Synthesize the Information, Explain the Synthesis, Support the Consultation Process

<sup>7</sup> Modular, Ethik, Therapieentscheidung, Allokation, Prozess

<sup>8</sup> Senter for medisinsk etikk (Zentrum für Medizinethik)

|  |   |
|--|---|
| (Zentrum für Medizinethik, Universität Oslo) [24]  |   |
| Andere   | 3 |
| <b>Schweden</b>  |   |
| <i>Actors Model</i> (Hermerén)   | 2 |
| <i>Karolinska model for ethical analysis</i> (Bartholdson et al.) [5]  | 2 |
| Andere   | 1 |
| <b>Finnland</b>  |   |
| <i>Moral Case Deliberation</i> (Widdershoven et al.) [40]  | 1 |
| <b>Dänemark</b>  |   |
| <i>SME<sup>9</sup></i> -Modell/Norwegische nationale Leitlinien<br>(Zentrum für Medizinethik, Universität Oslo) [24] | 3 |
| <i>Moral Case Deliberation</i> (Widdershoven et al.) [40]  | 1 |
| <b>Niederlande</b>   |   |
| <i>Nimwegener Methode</i> (Steinkamp/Gordijn) [58]   | 1 |
| <i>Moral Case Deliberation</i> (Widdershoven et al.) [40]  | 1 |
| <i>Utrecht Method</i> (Bolt et al.) [11]   | 1 |
| <b>Frankreich</b>  |   |
| <i>Prinzipien biomedizinischer Ethik</i> (Beauchamp/Childress) [9]   | 1 |
| <i>Lille Model</i> (Cadoré, Boitte et al.) [13]  | 1 |
| <b>Italien</b>   |   |
| <i>4-Boxes-Approach</i> (Jonsen/Winslade/Siegler) [28]   | 1 |
| <i>Lanza Foundation Protocol</i> (Viafora et al.) [60]   | 1 |
| <i>Nimwegener Methode</i> (Steinkamp/Gordijn) [58]   | 1 |
| Andere   | 3 |
| <b>Bulgarien</b>   |   |
| <i>METAP<sup>10</sup></i> (Albisser-Schleger et al.) [3] adaptiert   | 1 |
| <b>Russland</b>  |   |
| <i>4-Boxes-Approach</i> (Jonsen/Winslade/Siegler) [28]   | 1 |
| <b>Japan</b>   |   |
| <i>4-Boxes-Approach</i> (Jonsen/Winslade/Siegler) [28]   | 1 |
| <i>Sheet for case-examination in clinical ethics</i> (Tetsuro Shimizu) [59]  | 1 |

<sup>9</sup> Senter for medisinsk etikk (Zentrum für Medizinethik)

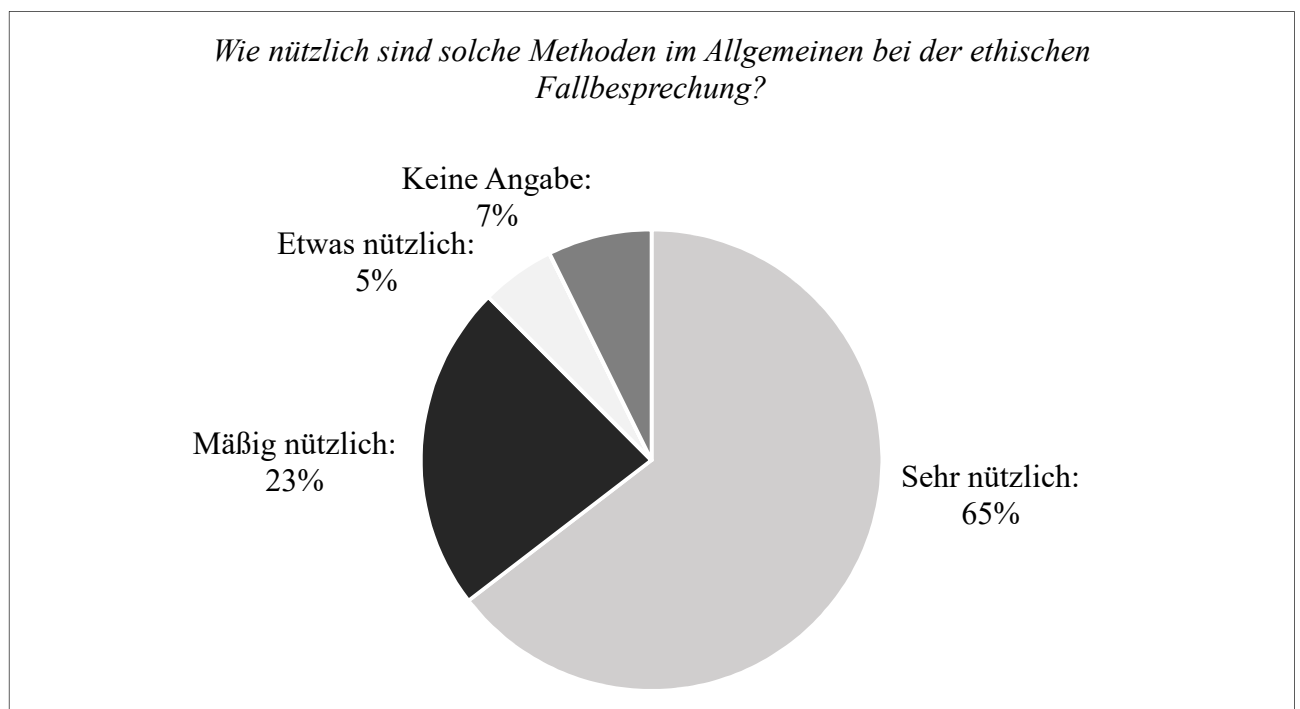
<sup>10</sup> Modular, Ethik, Therapieentscheidung, Allokation, Prozess

|  |   |
|--|---|
| Prinzipienorientierte Ansätze                          | 1 |
| <b>Taiwan</b>  |   |
| <i>4-Boxes-Approach</i> (Jonsen/Winslade/Siegler) [28] | 1 |
| Prinzipienorientierte Ansätze                          | 1 |
| <b>Brasilien</b>                                       |   |
| Fallstudien  | 1 |
| Prinzipienorientierte Ansätze                          | 1 |
| Personenbezogene Ansätze                               | 1 |

In den Herkunftsländern der Teilnehmer nach deren Einschätzung am häufigsten verwendete Modelle, n=96, Mehrfachantworten möglich, in Klammern sind die Autoren genannt, die das Modell entwickelt und publiziert haben

Die Mehrzahl der Teilnehmer beurteilt Methoden der ethischen Fallbesprechung als sehr nützlich (s. Abbildung 5).

**Abbildung 5: Nützlichkeit der Methoden**



Nützlichkeit der Methoden für die ethische Fallbesprechung, n=96, Angabe der prozentualen Anteile der Antworten

Die wesentlichen Ziele der Methoden der ethischen Fallbesprechung sind für die Teilnehmer die Strukturierung der Diskussion und die Vergewisserung, dass keine relevanten Punkte und Perspektiven vergessen wurden (s. Tabelle 15).

**Tabelle 15: Welche sind Ihrer Meinung nach die wesentlichen Ziele der Methoden?**

| <b>Antwort</b>  | <b>Anzahl</b> |
|---|---------------|
| Strukturierung der Diskussion   | 83            |
| Vergewisserung, dass keine relevanten Punkte oder Perspektiven vergessen werden | 67            |
| Förderung einer ethisch gut fundierten Analyse                                  | 52            |
| Ausbildung von Ethikberatern unabhängig von spezifischen Fallbesprechungen      | 25            |
| Vorbereitung des Ethikberaters auf eine spezifische Fallbesprechung             | 21            |
| <b>Freitextantworten, kategorisiert:</b>  |               |
| - Unterstützung von Reflexion und Dialog  | 5             |
| - Vergleichbarkeit ethischer Beratungsgespräche und Transparenz                 | 5             |
| - Strukturierung der Dokumentation  | 2             |
| - Sicherheit für die Teilnehmer   | 2             |
| - Fokussierung auf den Patienten  | 1             |

Wesentliche Ziele der Methoden, n=96, Mehrfachantworten und Freitextantworten möglich

Unten werden die zu der Frage nach den wesentlichen Zielen der Methoden gegebenen Freitextantworten nach Kategorien gegliedert dargestellt (s. Tabelle 16).

**Tabelle 16: Freitextantworten zu wesentlichen Zielen der Methoden nach Kategorien**

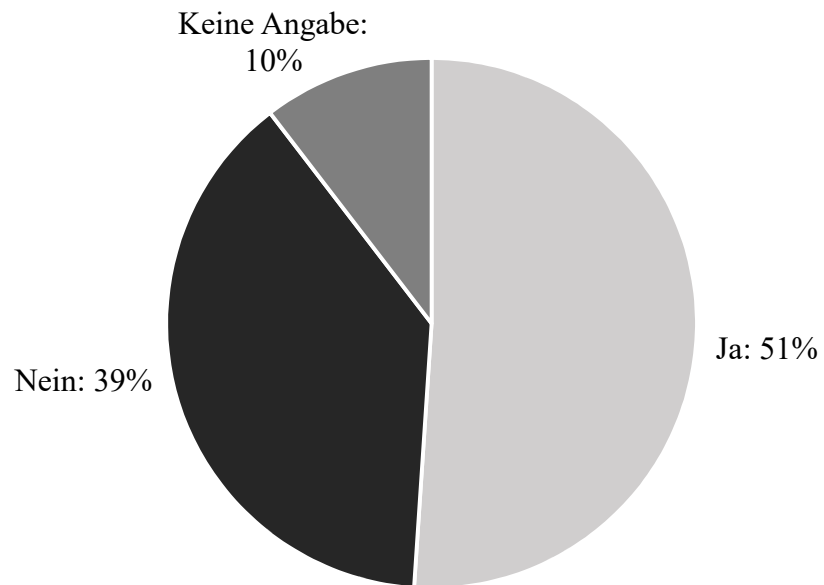
|   |
|---|
| <b>Unterstützung von Reflexion und Dialog</b>   |
| - „Die Reflexion von und den Dialog zwischen den Fachkräften fördern“   |
| - „Ethisches Denken erkunden und erklären“  |
| - „Menschen die eigenen Werte und die Werte anderer bewusst machen“   |
| - „Das ethische Denken, das in einem Fall wirkt, offenlegen in einem dialogischen Format zwischen den subjektiven und objektiven Polen einer ethischen Fragestellung“ |
| - „Die Qualität einer ethischen Beratung sicherstellen“   |
| <b>Vergleichbarkeit ethischer Beratungsgespräche und Transparenz</b>  |
| - „Zur Transparenz beitragen, das heißt das Denken für andere zu artikulieren“  |
| - „Transparenz herzustellen, sowohl bezüglich der Struktur der Beratung als auch bezüglich gegenseitiger Erwartungen der Teilnehmer“                                  |
| - „Dazu beitragen, Ethikberatungen vergleichbarer zu machen, z.B. für begleitende Forschung, Evaluation und Bildung“  |
| - „Mit ethischen Fragen umgehen unabhängig von Kultur und Religion in einer zunehmend ethnisch und religiös unterschiedlichen Umgebung“                               |
| - „Ein gemeinsames Verständnis des Komitees darstellen über den Ablauf und die Wichtigkeit von Werten und Prinzipien“   |
| <b>Strukturierung der Dokumentation</b>   |
| - „Bereitstellung einer Struktur, um Notizen zu machen und die Evaluation vorzubereiten“  |
| - „Dokumentation des Ergebnisses“   |
| <b>Sicherheit für die Teilnehmer</b>  |
| - „Der relativ festgelegte Ablauf einer Methode gibt neben der Struktur eine größere Sicherheit für den Moderator in einer (nicht alltäglichen) Situation“            |
| - „Den Teilnehmern ein sichereres Gefühl geben, indem eine autorisierte Methode verwendet wird“   |
| <b>Fokussierung auf den Patienten</b>   |
| - „Den Patienten/Klienten in den Mittelpunkt der Diskussion zu stellen“   |

Freitextantworten zu wesentlichen Zielen der Methoden nach Kategorien; die Antworten wurden jeweils einmal genannt

Für die Mehrzahl der Teilnehmer hängt das Ergebnis einer Fallbesprechung von der verwendeten Methode ab (s Abbildung 17).

**Abbildung 17: Abhängigkeit des Ergebnisses von der Methode**

*Hängt Ihrer Meinung nach das Ergebnis (die Entscheidung) einer ethischen Fallbesprechung von der verwendeten Methode ab?*



Abhängigkeit des Ergebnisses der ethischen Fallbesprechung von der Methode, n=96, Angabe der prozentualen Anteile der Antworten

### 3.3. Fallbesprechungsstudie

Zunächst wird der Ablauf der drei Fallbesprechungen zusammengefasst. Es folgt eine Darstellung der Gesprächsergebnisse und ihrer Entstehung und der ethischen Deliberation in den Gesprächen. Schließlich werden die drei Moderatoren der Besprechungen typisiert.

### **3.3.1. Zusammenfassung der Fallbesprechungen**

#### **Box 6: Zusammenfassung Fallbesprechung A**

- Vorstellung der Ziele des Gesprächs und des geplanten Gesprächsablaufs durch Moderator A
- Dr. Freis, Frau Fischers und Herrn Wolfs Berichte über Annas Situation
- Besprechung der Handlungsoptionen (weitere stationäre Therapie, Betreuung zuhause mit ambulanter Behandlung, Aufnahme in ein Hospiz)
- Bewertung der Handlungsoptionen aus der Fürsorgeperspektive durch alle Teilnehmer
- Gespräch über Annas Einwilligungsfähigkeit und Bewertung aus der Autonomieperspektive
- Abwägung der Autonomie- und der Fürsorgeperspektive
- Einigung auf Bevorzugung der weiteren intensiven stationären Therapie, Angebot der ambulanten Behandlung, falls dies nicht möglich sein sollte und erneute Besprechung, wenn weiterhin der Wunsch nach Betreuung in einem Hospiz im Vordergrund stehen sollte

Zusammenfassung der Fallbesprechung A

#### **Box 7: Zusammenfassung Fallbesprechung B**

- Einleitung des Gesprächs durch Moderatorin B



- Herrn Wolfs Verlassen des Besprechungsraumes auf Bitte der Moderatorin
- Dr. Freis und Frau Fischers Berichte über Annas Situation
- Besprechung der Handlungsoptionen (weitere stationäre Therapie, Betreuung zuhause mit ambulanter Behandlung, Aufnahme in ein Hospiz)
- Bewertung der Handlungsoptionen aus der Fürsorgeperspektive durch Dr. Frei und Frau Fischer
- Besprechung des Verhältnisses zu den Eltern der Patientin
- Herrn Wolfs erneutes Betreten des Besprechungsraumes auf Bitte der Moderatorin
- Zusammenfassung des bisherigen Gesprächsverlaufs durch die Moderatorin und Hinweis auf den Konsens der Beteiligten bezüglich des weiteren Vorgehens
- Diskussion der Option, Anna zuhause zu betreuen und Ablehnung aufgrund des damit verbundenen Risikos für Anna
- Besprechung der Möglichkeit einer Betreuung Annas in einer Tagesklinik
- Ansprechen der Autonomieperspektive der Patientin durch Dr. Frei
- Anregung zur Entwicklung eines Konzepts von Angeboten an die Patientin
- Ansprechen der Autonomieperspektive der Patientin durch Dr. Frei
- Erwähnung der Hoffnung auf Therapieerfolg durch Frau Fischer
- Zusammenfassung der besprochenen Handlungsideen durch Moderatorin B
- Dr. Freis Bitte um Besprechung des Vorgehens im Fall, dass die Patientin bei dem Wunsch nach palliativer Versorgung bleibt
- Moderatorin Bs Darstellung der Problematik einer Zwangsernährung und Vorschlag einer erneuten Besprechung
- Diskussion von Ideen für Angebote an die Patientin durch Frau Fischer und Herrn Wolf
- Zusammenfassung der besprochenen Handlungsideen durch Moderatorin B
- Bewertung der Handlungsoptionen aus der Fürsorgeperspektive durch alle Teilnehmer
- Gespräch über Annas Einwilligungsfähigkeit
- Vereinbarung, eine passendere, möglicherweise offenere Betreuungsform für die Patientin zu finden, ihr Angebote für die Einbindung in ein unterstützendes Umfeld zu machen und sich erneut zu einer Besprechung zu treffen um zu sehen, wie die Patientin auf die Maßnahmen reagiert hat

Zusammenfassung der Fallbesprechung B

### **Box 8: Zusammenfassung Fallbesprechung C**

- Vorbesprechung mit Moderatorin C und Dr. Frei, Moderatorin Cs Frage an Dr. Frei nach der Auswahl der Teilnehmer

- Dr. Freis Erläuterung der Auswahl der Teilnehmer
- Besprechung, ob Frau Fischer und Herr Wolf von Beginn an an der Beratung teilnehmen sollen
- Hinzuholen von Frau Fischer und Herrn Wolf, Vorstellung
- Vorstellung der Ziele des Gesprächs und des geplanten Gesprächsablaufs durch Moderatorin C
- Dr. Freis Bericht über Annas Situation
- Frau Fischers Bericht über Annas Situation und Meinungsverschiedenheiten unter den Pflegefachleuten
- Darstellung von Annas Psychopathologie durch Dr. Frei auf Nachfrage von Moderatorin C
- Herr Wolfs Bericht über Annas Situation und den Zugang der Eltern zu Anna
- Moderatorin Cs Ansprechen der Autonomieperspektive und Urteilsfähigkeit der Patientin
- Dr. Freis Darstellung der Option, Anna in einer palliativen Einrichtung betreuen zu lassen
- Diskussion von Ideen für Angebote an die Patientin durch Frau Fischer und Herrn Wolf
- Moderatorin Cs Anregung , Anna mehr Selbstbestimmung zu geben und ihr die Verfassung einer Patientenverfügung anzubieten
- Diskussion eines möglicherweise passenden Wohn- und Behandlungsumfelds für Anna
- Bewertung der Handlungsoptionen aus der Fürsorgeperspektive durch alle Teilnehmer
- Gespräch über Annas Einwilligungsfähigkeit und Bewertung aus der Autonomieperspektive
- Abwägung der Autonomie- und der Fürsorgeperspektive
- Einigung auf das Angebot einer Patientenverfügung an Anna und Suche nach einer passenden Wohnform, dabei weiterhin intensive Begleitung und therapeutische Betreuung

Zusammenfassung der Fallbesprechung C

### **3.3.2. Gesprächsergebnisse und ihre Entstehung**

Die hinsichtlich der Gesprächsergebnisse untersuchten Fragestellungen sind, welche Handlungsalternative als Ergebnis festgehalten wurde, durch wen und in welchem Kontext des Gesprächs diese Option eingebracht wurde und warum sich diese Option durchsetzte.

**Tabelle 18: Übersicht über Gesprächsergebnisse und ihre Entstehung**

|  | <b>Fallbesprechung A</b>   | <b>Fallbesprechung B</b>   | <b>Fallbesprechung C</b>  |
|--|--|--|---|
| <b>Was ist das Gesprächsergebnis?</b>                              | Versuch, die stationäre Behandlung fortzusetzen, alternativ ambulante Behandlung | Finden einer passenderen Betreuungsform und Verbesserung des Umfelds der Patientin | Angebot der Patientenverfügung, Suche nach einer geeigneteren Wohnform              |
| <b>Wer bringt das spätere Ergebnis zuerst in das Gespräch ein?</b> | Moderator A  | Moderatorin B  | Moderatorin C   |
| <b>In welchem Kontext im Gespräch geschieht das?</b>               | Ermittlung der Handlungsalternativen durch Moderator A                           | Eruierung einer „mittleren“ Option durch Moderatorin B                             | Vorausgehende Schilderung der Wünsche der Patientin durch Dr. Frei und Frau Fischer |
| <b>Warum setzt sich diese Option durch?</b>                        | Ergebnis einer strukturierten Abwägung durch alle Gesprächsteilnehmer            | Konsens der Gesprächsteilnehmer, knappe Abwägung                                   | Zustimmung der Teilnehmer zu Moderatorin Cs Vorschlägen                             |

Übersicht über die Gesprächsergebnisse der Fallbesprechungen und ihre Entstehung; Moderator A und B verwendeten als Moderationsgrundlage die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer, Moderatorin C verwendete den *Basler Leitfaden*

### **Fallbesprechung A**

Das Ergebnis der von Moderator A moderierten Falldiskussion ist, sich für Annas Wohlergehen einzusetzen, jedoch nicht mit allen Mitteln. Insbesondere solle kein Zwang angewendet werden, da dies nicht Annas Willen entspreche. Es werden zwei Handlungsoptionen beschlossen: zunächst soll versucht werden, Anna für eine Fortsetzung

der stationären Therapie zu gewinnen. Falls das nicht möglich wäre, würde Anna eine ambulante Therapie angeboten.

Die erste Handlungsoption wird auf Moderator As Frage nach maximaler Therapie (TA, Z.337-339) hin erstmalig besprochen (TA, TB und TC bezeichnen die Transkripte der Fallbesprechungen A, B und C, gefolgt von der Zeilenangabe im jeweiligen Transkript).

Dr. Frei erklärt die Möglichkeit der weiteren stationären Behandlung und die Aussichten auf Therapieerfolg, die bei dieser Option zu erwarten wären (TA, Z.373-380, 384-388, 392-407, 411, 417-425), Frau Fischer ergänzt mögliche zusätzliche Angebote an Anna (TA, Z.465-493). Auch die zweite Handlungsoption wird auf die Initiative von Moderator A hin besprochen. Er fragt, ob es einen Zwischenweg gebe und ob Anna nach Hause gehen könne (TA, Z. 533f., 537, 568). Dr. Frei antwortet, bei dieser Option wäre die Gefahr größer, dass sich Annas Situation verschlechtert (TA, Z.539-543). Herr Wolf erwidert, es sei kein Problem, wenn Anna nach Hause komme (TA, Z.570). Moderator A erklärt daraufhin: „(...) das ist natürlich möglicherweise nicht die Handlungsoption, die wir bevorzugen würden. Aber man muss natürlich auch mal durchspielen, was macht man denn, wenn man sie in der stationären Behandlung, das wäre die erste Option, nicht halten kann? Und solange sie einwilligungsfähig ist, dürfte es schwer sein mit Zwangsernährung und Zwangsunterbringung. Das heißt wir haben dann möglicherweise gar keine Option, sie tatsächlich dort mit Zwang zu halten und dann müsste man auf die zweite Option, nämlich diese ambulante Betreuung eventuell ausweichen (...)“ (TA, Z.572-578).

Das Besprechungsergebnis ist schließlich die Konsequenz eines strukturierten Abwägungsprozesses. In der Bewertung aus der Fürsorgeperspektive sind sich Dr. Frei, Herr Wolf und Frau Fischer einig, dass aus ihrer Sicht eine Fortsetzung der stationären Therapie zu bevorzugen wäre (TA, Z.595-622). Das Ergebnis der Bewertung aus der Autonomieperspektive ist, dass die palliative Versorgung am ehesten Annas Willen entsprechen würde (TA, Z.725-735). Nachdem sich in der Abwägung zwischen Wohlergehens- und Autonomieperspektive Frau Fischer und Herr Wolf für den Wohlergehensaspekt aussprachen und Dr. Frei für eine Unterbrechung der stationären Therapie plädierte, schlägt Moderator A das oben genannte Ergebnis vor (TA, Z.843-854, 885-897). Herr Wolf, Frau Fischer und Dr. Frei stimmen dem zu (TA, Z.899, 901, 903).

## **Fallbesprechung B**

In dem von Moderatorin B geleiteten Gespräch besteht wird als Ergebnis festgehalten, dass Anna weiter psychotherapeutisch betreut wird, möglicherweise ambulant, und versucht wird, ihr Umfeld besser zu gestalten.

Einen mittleren Behandlungsweg zwischen maximaler Therapie und palliativer Versorgung spricht Moderatorin B erstmalig an und fragt nach Einrichtungen für Anna und Möglichkeiten, ihr Lebensumfeld zu ändern (TB, Z.158-163). Frau Fischer erwähnt daraufhin die Idee, dass Anna mit Kindern arbeiten könnte, um gefordert zu werden (TB, Z.176-189) und Dr. Frei spricht über die Option einer Betreuung in einer Tagesklinik (TB, Z.200f., 207-211).

Nachdem Moderatorin B zu der Überzeugung gelangt ist, dass sich die Gesprächsteilnehmer einig seien, was das Beste für Anna sei, spricht Moderatorin B bereits von einem Ergebnis: „Also ich sehe, es gibt eigentlich gar keinen Konflikt in dem Weg, was für Ihre Tochter das Beste ist, zwischen den Ärzten, den Krankenschwestern und Ihnen (Hr. Wolf, Anm.). Und es ist jetzt wichtig, dass wir an einem Strang ziehen für das Ziel. Und dazu brauchen wir jetzt, also Sie haben schon gemeint, vielleicht sogar eine offene Betreuung, wo sie eine Aufgabe hätte und vielleicht mal eine Stunde oder wie auch immer, wie es ihre Belastung zulässt, auch mal zu Kindern zu gehen und mit denen zu arbeiten. Dass sie eine Aufgabe hat, dass man sie sozial besser einbindet in irgendein Netz.“ (TB, Z.327-333).

Moderatorin B ist zwar bewusst, dass Anna ein anderes Vorgehen wünscht (TB, Z.214) und Dr. Frei weist mehrfach auf den Autonomieaspekt hin (TB, Z. Z.426-430, 536-548, 570-572, 577f.). Diese Perspektive wird jedoch kaum diskutiert. Im weiteren Verlauf des Gesprächs geht es vor allem darum, ein Konzept auszuarbeiten, welche Vorschläge man Anna machen und wie man ihre Umgebung besser gestalten könne.

## **Fallbesprechung C**

In Fallbesprechung C wird als Ergebnis formuliert, Anna anzubieten, eine Patientenverfügung zu verfassen und eine passende Wohnform für sie zu finden, um einen neuen Kommunikations- und Nachdenkprozess mit ihr anzustoßen und ihr den Respekt vor ihrer Selbstbestimmung zu demonstrieren (TC, Z. 689-704, 713-751, 964-981, 985-993).

Die Handlungsoption, für Anna eine passende Wohnform, möglicherweise außerhalb des medizinischen Bereichs, zu finden, erwähnt Moderatorin C erstmalig. Zuvor spricht Frau Fischer davon, dass Anna ihre Ruhe haben wolle und sie Anna vorgeschlagen habe, in einem

Kindergarten zu arbeiten (TC, Z.542-558, 579-586) und Dr. Frei erwähnt, Anna stelle sich vor, in einem Hospiz die Ruhe zu haben, ihren Lebensbericht zu schreiben (TC, Z.593-596). Daraufhin äußert Moderatorin C die Vermutung, dass Anna sich einen Ort wünsche, an dem sie nicht bedrängt werde, sie selbst sein und etwas leisten könne. Eine medizinische Einrichtung sei dafür möglicherweise nicht der richtige Ort (TC, Z.598-606).

Auch die Patientenverfügung wird von Moderatorin C in das Gespräch eingebracht. Sie spricht darüber, dass Anna möglicherweise nicht mehr das Gefühl habe, ihr Leben selbst steuern zu können und schlägt eine Patientenverfügung zusammen mit einem Gesprächsangebot an Anna vor, um ihr mehr Selbstverantwortung zu geben und ihr zu zeigen, dass ihr Wille respektiert werde (TC, Z.651-685, 689-704, 713-751). „Wenn wir uns einen kurzen Moment damit beschäftigen würden, glaube ich, kommen wir in den Kern der Ambivalenz rein. Weil Patientenverfügung klingt ja normalerweise so wie ach, da will jemand sein Ende festlegen und das ist genau das, was Sie nicht wollen. Genau wie Sie auch sagen: „Hospiz, nein, also so ein Ende wollen wir auf keinen Fall“. Aber eine Patientenverfügung erlaubt ja auch, in einen Nachdenk- und Beratungsprozess mit der Patientin zu kommen (...)“ (TC, Z.689-694), „Ob man ihr nicht vielleicht doch ein bisschen mehr Kapitänswürde zusprechen kann, und dann aber auch bei ihr bleiben, nicht einfach nur ein Formular hinlegen und so weiter.“ (TC, Z.699-701).

Dr. Frei befürwortet den Vorschlag der Patientenverfügung und Beratung (TC, Z.787-790) und auch Herr Wolf spricht sich für das Angebot aus, eine Patientenverfügung zu verfassen (TC, Z.946-951).

### **Zusammenfassung**

Jedes der drei Gesprächsergebnisse liegt zwischen den beiden Polen der „maximalen Therapie“ und der palliativen Behandlung. In allen Besprechungen wird versucht, einen Mittelweg zwischen diesen beiden Extremen zu finden.

Dabei ist es in jedem der Gespräche der Moderator, der die später als Ergebnis festgehaltene Option zuerst formuliert.

### **3.3.3. Ethische Deliberation**

#### **Fallbesprechung A**

In dem von Moderator A geleiteten Gespräch werden die Verpflichtungen, die sich aus der Fürsorge- und der Autonomieperspektive ergeben, von allen Beteiligten strukturiert und ausführlich besprochen.

##### a) Bewertung

##### Fürsorge, Schadensvermeidung

Nachdem drei Handlungsalternativen (Fortsetzung der stationären Therapie, ambulante Therapie und palliative Versorgung) entworfen wurden, bittet Moderator A alle Gesprächsteilnehmer um eine Bewertung aus der Fürsorgeperspektive (TA, Z.583-593). Daraufhin erklären Dr. Frei, Frau Fischer und Herr Wolf, dass aus ihrer Sicht die Fortsetzung der stationären Therapie zu bevorzugen wäre (TA, Z.595-622).

##### Respekt vor der Autonomie

Im späteren Gesprächsverlauf spricht Moderator A die Autonomieperspektive an und merkt an, Anna lehne offenbar weitere Therapieversuche ab und wolle Zeit gewinnen, um ihren Lebensbericht zu schreiben. Er stellt Dr. Frei und Frau Fischer die Frage, wie Anna den Wunsch, in ein Hospiz zu gehen, begründet habe (TA, Z.696-700). Offenbar strebt Moderator A an, zu einer fundierten Analyse der Autonomieperspektive der Patientin nicht nur ihre Aussagen in Betracht zu ziehen, sondern auch den Willen zu ergründen, der dahinter steht. Dr. Frei erklärt, Anna wolle in Ruhe gelassen werden und sehe keinen Sinn mehr in der Therapie. Sie könne die Erkrankung, die Therapiemöglichkeiten und ihre Heilungschancen gut reflektieren und würde den Rest ihrer Zeit gerne in angenehmer Umgebung im Hospiz verbringen (TA, Z.703-718). Auf Moderator As Nachfrage bestätigt Dr. Frei, dass Anna verstehe, dass sie sterben wird, wenn sie sich der Therapie in der Psychiatrie entzieht und in ein Hospiz geht (TA, Z.720-723). Moderator A stellt daraufhin fest, dass man die dritte Handlungsoption wählen müsse, wenn man Annas Willen berücksichtigen wolle, insbesondere da sie als einwilligungsfähig angesehen werde und ihre Lage reflektieren könne (TA, Z.725-734).

## Gerechtigkeit

Den Gerechtigkeitsaspekt spricht Frau Fischer in einem früheren Abschnitt des Gesprächs kurz an, als sie von Kollegen erzählt, die lieber mehr Zeit für andere Patienten als Anna aufwenden würden, da sie diesen besser helfen könnten und ihnen Annas schwankende Haltung zur Therapie missfalle (TA, Z.170-174).

## b) Synthese

Nach der Bewertung der Handlungsoptionen unter verschiedenen Aspekten wird der Konflikt, der durch die unterschiedlichen Verpflichtungen aus der Fürsorge- und der Autonomieperspektive entsteht, beschrieben. Die Gesprächsteilnehmer diskutieren, wie sie eine begründete Abwägung treffen können und einigen sich auf das weitere Vorgehen.

Zunächst fasst Moderator A die Bewertung zusammen (TA, Z.746-755), macht den Konflikt zwischen den Verpflichtungen aus der Autonomie- und der Fürsorgeperspektive (TA, Z.755-759) deutlich und stellt dann die Frage, ob man dabei zu einer begründeten Abwägung kommen könne. Er erklärt, dass man seiner Meinung nach Anna die Verlegung in ein Hospiz verweigern könne. Dr. Frei bestätigt, dass man in der Hinsicht nicht aktiv werden müsse (TA, Z.768). Erläutert, dass, wenn Anna selbst ein Hospiz um ihre Aufnahme bitten würde, die Behandelnden gefragt werden würden, ob sie dies für sinnvoll hielten. Wenn die Behandelnden dies verneinten, würde Anna wahrscheinlich nicht aufgenommen (TA, Z.774f., 781-787).

Daraufhin zeigt Moderator A die Gegenposition auf und stellt die Frage, ob es nicht andererseits vertretbar wäre, Annas Willen zu folgen, da sie entscheidungsfähig und reflektiert sei, einen langen Krankheitsverlauf hatte und die Prognose bei der fortgesetzten stationären Therapie schlecht sei. Frau Fischer entgegnet, sie könne dies nicht zulassen (TA, Z.801-807) und Dr. Frei schlägt vor, Anna zumindest vorübergehend nach Hause zu entlassen (TA, Z.809f.). Herr Wolf äußert Bedenken gegenüber einer Pflege zuhause (TA, Z.813f., 818-820), sagt aber, er würde Anna nach Hause holen, wenn sie es wünsche (TA, Z.820-822, 826-828).

Moderator A erklärt, er habe den Eindruck, Frau Fischer und Herr Wolf würden sich eher für die Fürsorgeperspektive entscheiden und fragt Dr. Frei nach seiner Meinung (TA, Z.830-833). Dieser spricht sich dafür aus, die stationäre Therapie zu unterbrechen und Anna in ein Hospiz oder nach Hause gehen zu lassen (TA, Z.835-841).



Moderator A schlägt schließlich vor, für Annas Wohlergehen zu kämpfen, jedoch nicht mit allen Mitteln, da dies nicht Annas Willen entspreche. Man könne also versuchen, Anna für eine Fortsetzung der stationären Therapie zu gewinnen und falls sie das ablehne, sie nach Hause gehen zu lassen (TA, Z.843-853, 885-890). Die Aufnahme in ein Hospiz werde Anna zunächst nicht angeboten, sondern dies würde bei einem weiteren Treffen besprochen werden, falls beide anderen Optionen nicht möglich seien (TA, Z.890-896). Herr Wolf, Frau Fischer und Dr. Frei stimmen diesem Vorgehen zu (TA, Z.899-903).

## **Fallbesprechung B**

In der Fallbesprechung B wird die Fürsorgeperspektive von allen Gesprächsteilnehmern besprochen. Der Autonomieaspekt wird von Dr. Frei mehrfach angesprochen, es kommt jedoch zu keiner Diskussion darüber. Die Gerechtigkeitsperspektive wird kurz angesprochen.

### a) Bewertung

#### Fürsorge, Schadensvermeidung

Moderatorin B bittet Dr. Frei und Frau Fischer um eine Bewertung aus der Fürsorgeperspektive (TB, Z.222-224). Dr. Frei antwortet, er sei sich unsicher und verstehe Annas Wunsch nach einem Therapieende, halte es aber für medizinisch indiziert, sie störungsspezifisch weiter zu behandeln und glaube, man solle dies noch einmal versuchen (TB, Z.227-231). Auf Moderatorin Bs Nachfrage spricht sich Dr. Frei gegen eine Zwangsernährung Annas aus (TB, Z.240). Frau Fischer befürwortet, Anna weiter stationär zu behandeln mit der Aussicht auf eine spätere ambulante Therapie und einer Arbeit mit Kindern, um Anna zu fordern (TB, Z.244-252).

Später im Gespräch spricht Herr Wolf davon, dass seine Frau entschieden dagegen sei, Anna palliativ zu behandeln (TB, Z.356-360) und vorgeschlagen habe, Anna nach Hause zu holen (TB, Z.373f.). Herr Wolf, und auf Moderatorin Bs Nachfrage auch Dr. Frei, erklären, dass sie diese Option für gefährlich halten (TB, Z.374-388). Moderatorin B schließt diese Handlungsoption daraufhin aus (TB, Z.391).

Anschließend fragt Moderatorin B die Gesprächsteilnehmer nach Ihrer Meinung zur Tagespflege. Dr. Frei erklärt, die Behandlung in einer Tagesklinik sei ein Zwischenweg, Frau Fischer und Herr Wolf stimmen der Option zu (TB, Z. 391-406).

## Respekt vor der Autonomie

Moderatorin B spricht Annas Willen und ihre Lebensmüdigkeit kurz an, stellt dem dann aber gegenüber, was aus Sicht der Behandler für Annas Lebenswillen spräche: sie habe Lebensqualität und Ziele wie die Beendigung ihres Lebensberichts oder die Arbeit mit Kindern. Weiter geht Moderatorin B auf die Autonomieperspektive nicht ein, sondern spricht darüber, dass man kreative Vorschläge zu Annas Unterstützung sammeln müsse (TB, Z.320-334).

Im späteren Gesprächsverlauf erklärt Dr. Frei, dass die Problematik, die zu der Fallbesprechung geführt habe, darin bestehe, dass Anna volljährig, entscheidungsfähig und reflektiert sei und Unsicherheit darüber bestehe, wie mit ihrem Willen umzugehen sei (TB, Z.426-430). Moderatorin B geht auf den Autonomieaspekt nicht ein, sondern wiederholt, dass man ein Konzept für Angebote an Anna brauche (TB, Z.432-443). Sie erwähnt kurz, dass Annas Wille nicht unbeachtet bleiben könne: „Natürlich kommen wir um Ihren Willen nicht herum“ (TB, Z.443f.). Dann spricht sie aber von Zwangsbehandlung und erwähnt Annas Wunsch nach palliativer Versorgung nicht (TB, Z.444-446).

Dr. Frei geht später erneut ausführlich auf die Autonomieperspektive ein. Anna sei erfahren in Bezug auf ihre Krankheit, reflektiert und entscheidungsfähig, und ihr Wille müsse respektiert werden (TB, Z.536-548). Die Gesprächsteilnehmer greifen diesen Aspekt nicht auf; Frau Fischer spricht über Annas Sturheit (TB, Z.550-558) und Moderatorin B fasst das geplante Vorgehen zusammen (TB, Z.560-568).

Daraufhin erklärt Dr. Frei, dass er gerne besprechen würde, was zu tun sei, wenn Anna bei ihrer Meinung bleibe (TB, Z.570-572, 577f.) und dass eine Lösung über ein Gericht wohl sehr lange dauern würde (TB, Z.578-581). Moderatorin B antwortet, dass eine Behandlung gegen Annas Willen nicht zielführen sei und man nun „auf der Linie bleiben“ (TB, Z.594) müsse und sich von alternativen Handlungsoptionen wie einer gerichtlichen Entscheidung oder palliativer Versorgung nicht beirren lassen solle (TB, Z.583-586, 590-594). Moderatorin B schlägt ein Folgetreffen vor, um zu besprechen, wie Anna auf die verschiedenen Maßnahmen reagiert habe (TB, Z.600-602).

## Gerechtigkeit

Moderatorin B fragt nach Verpflichtungen gegenüber Dritten, insbesondere nach dem Verhältnis zu den Eltern (TB, Z.262-264, 268-272). Dr. Frei und Frau Fischer erwidern, die

Eltern spielten eine große Rolle, der Vater sei häufig präsent und trete dominant auf (TB, Z.274-279).

### b) Synthese

Schon früh im Gespräch nimmt Moderatorin B das Ergebnis vorweg, ohne die verschiedenen Verpflichtungen, die sich aus der Autonomie- und aus der Fürsorgeperspektive ergeben, gegeneinander abzuwägen (TB, Z.327-329). Nachdem Frau Fischer (TB, Z.220, 244-252), Dr. Frei (TB, Z.227-231) und Herr Wolf (TB, Z.291-299) sich für andere Handlungsoptionen als die Verlegung in ein Hospiz ausgesprochen haben, schließt Moderatorin B die palliative Versorgung aus (TB, Z.257f., 317f., 362, 367). Aus Moderatorin Bs Sicht sind sich Arzt, Krankenschwester und Vater einig, wie sie mehrfach betont (TB, Z. 255, 327f., 420, 524-527), was das Beste für Anna sei: Aufgaben, eine andere Gestaltung ihres Umfelds und psychotherapeutische Begleitung (TB, Z.255-257). Moderatorin B legt dies somit als Ziel fest (TB, Z.327-329) und sagt, es gehe darum, dass alle „an einem Strang ziehen“ (TB, Z.329), „auf der Linie bleiben“ (TB, Z.594) und kreativ nach Lösungen suchen, um Anna Angebote machen zu können (TB, Z.446-451). Dr. Frei bringt mehrfach den Autonomieaspekt in das Gespräch ein (TB, Z. 426-430, 536-548, 570-572, 577f.), es kommt jedoch nicht zu einer Diskussion dieses Aspekts oder zu einer Abwägung zwischen Autonomie- und Fürsorgeperspektive. Wenn Moderatorin B auf Annas Willen eingeht, dann meist im Hinblick auf Zwangsernährung gegen ihren Willen und nicht auf Annas Wunsch nach palliativer Versorgung (TB, Z.443-446, 583-586, 590-592).

### **Fallbesprechung C**

In der Fallbesprechung, die von Moderatorin C geleitet wurde, kommen in der Bewertung aus der Fürsorgeperspektive alle Beteiligten zur Sprache. Der Autonomieaspekt nimmt sehr großen Raum ein, die Gerechtigkeitsperspektive wird kurz angesprochen.

### a) Bewertung

#### Fürsorge, Schadensvermeidung

Zuerst geht Frau Fischer auf die Bewertung aus der Fürsorgeperspektive ein. Sie äußert Verständnis dafür, dass Anna in Ruhe gelassen werden wolle. Jedoch erklärt Frau Fischer, dass sie versuche, Anna von dem Wunsch nach palliativer Versorgung abzubringen, da Frau Fischer nicht davon überzeugt sei, dass Anna keinen Lebenswillen mehr habe (TC, Z.258-

278). Später spricht sich Frau Fischer dafür aus, dass Anna eine Aufgabe bekommt, wie die Arbeit in einem Kindergarten (TC, Z.553-558, 579-586).

Dr. Frei sagt, er sei sich in seiner Position etwas unsicher. Er sehe eine Indikation für weitere Psychotherapie, würde es jedoch respektieren, dass Anna sich palliativ behandeln lasse, wenn dies ihr fester Wille sei (TC, Z.336-340).

Herr Wolf lehnt eine palliative Versorgung ab und spricht sich dafür aus, Annas Umfeld zu verändern und ihre Talente zu fördern (TC, Z.367-394). Er spricht sich dagegen aus, Anna nach Hause zu bringen, da dies zu gefährlich sei und Anna durch ihre kranke Mutter zu stark belastet würde (TC, Z.856, 860, 865-869).

### Respekt vor der Autonomie

Moderatorin C bringt den Autonomieaspekt in das Gespräch ein indem sie zu bedenken gibt, Anna sei erwachsen, urteilsfähig und intelligent. Man könne ihren Willen nicht einfach ignorieren, sondern müsse genau überlegen, inwieweit man ihre Entscheidungen ernst nehmen müsse und abwägen zwischen dem Respekt vor ihrer Autonomie und anderen Verpflichtungen (TC, Z.463-465, 469-470, 474-478, 482-488, 492-496).

Dr. Frei erklärt zu Annas Wunsch nach palliativer Versorgung, dass Anna das Ziel habe, ihren Lebensbericht zu schreiben und sich vorstelle, dass sie im Hospiz genug Ruhe dazu hätte (TC, Z.593-596).

Moderatorin C äußert daraufhin die Vermutung, dass Anna sich einen Ort wünsche, an dem sie nicht bedrängt werde, sie selbst sein und etwas leisten könne. Eine medizinische Einrichtung sei dafür möglicherweise nicht der richtige Ort. In einer anderen Einrichtung würde Anna vielleicht ausreichend Nahrung zu sich nehmen, um ihr Buch schreiben zu können (TC, Z.598-606). Frau Fischer (TC, Z.608, 612-617, 621) und Herr Wolf (TC, Z.623-625) äußern sich positiv zu diesem Vorschlag.

Moderatorin C merkt an, durch das intensive Betreuungsregime könne das Gefühl, sich als selbststeuernd zu erleben, was anorektischen Patientinnen ohnehin schwerfalle, abhanden kommen. Sie spricht sich dafür aus, Anna mehr Selbstverantwortung zu geben (TC, Z.646-685). Deshalb schlägt sie vor, Anna das Verfassen einer Patientenverfügung anzubieten, um in einen Nachdenk- und Beratungsprozess mit Anna zu kommen und ihr mehr Eigenverantwortung zu geben, damit sie sich als weniger fremdbestimmt erlebt und um ihr

den Respekt vor ihrer Selbstbestimmung zu demonstrieren. So könnten auch neue Denkprozesse bei Anna in Gang gesetzt werden (TC, Z.689-704, 713-751, 810-821).

Zu Annas Wunsch nach palliativer Versorgung erklärt Moderatorin C, es wäre nicht einfach, Anna diesen Wunsch abzuschlagen, man müsste eine rechtliche Grundlage finden und sich die Frage nach der Urteilsfähigkeit erneut stellen (TC, Z.825-836). Sie äußert jedoch Verständnis dafür, dass man Anna von dem Wunsch abbringen wolle und sagt, man könne genauer untersuchen, welche Vorgehensweise umsetzbar wäre (TC, Z.836-843).

### Gerechtigkeit

Auf den Gerechtigkeitsaspekt geht Herr Wolf ein, als er über die Verpflichtungen gegenüber seiner Frau spricht. Sie sei krank und leide sehr unter Annas langer Krankheit. Herr Wolf habe ihr versprochen, er werde alles tun für die Gesundheit und das Leben der Tochter (TC, Z.370-373, 417f., 865f.).

### b) Systematischer Perspektivenwechsel

Moderatorin C geht intensiv auf die Perspektiven der Beteiligten ein. Sie fragt den Arzt zu Beginn des Gesprächs, welches aus seiner Sicht das hauptsächliche Problem sei (TC, Z.114f) und spricht den Vater auf die Sicherheit in seiner Vorgehensweise an (TC, Z.426-430).

Außerdem fragt sie Frau Fischer nach Ihrer Perspektive bezüglich Annas Lebenswillen (TC, Z.249-251, 282-285) und geht auf unterschiedliche Ansichten und möglicherweise Konflikte im Behandlungsteam (TC, Z.289-295) und die Beziehung der Eltern zu Anna ein (TC, Z.435-439, 454f). Die kollektive Perspektive bezüglich der Aufgaben des Gesundheitssystems (TC, Z.899-901) und die professionelle Perspektive hinsichtlich der psychotherapeutischen Behandlungsphilosophie (TC, Z.906-910) kommen außerdem zur Sprache. Des Weiteren wird die institutionelle Perspektive eines Hospizes, das Anna eventuell aufnehmen würde, besprochen (TC, Z.499-513). Sehr ausführlich geht Moderatorin C auf die Perspektive der Patientin ein, insbesondere ihr Bedürfnis nach Selbstbestimmung (TC, Z.463-465, 469 f., 474-478, 598-600, 651-685, 689-704, 713-751, 811-821) und nimmt an einer Stelle im Gespräch selbst explizit die Perspektive der Patientin ein (TC, Z.891-895).

### c) Ergebnisse

Moderatorin C fasst zusammen, sie sehe keine Rechtfertigung, gegen Annas Wunsch zu verstoßen (TC, Z.899-902), man könne aber versuchen, Annas Lebenswillen zu unterstützen und ihr eine Haltung des Respekts deutlich zum Ausdruck bringen (TC, Z.902-906). Mit diesem Ziel könne man ihr anbieten, eine Patientenverfügung zu verfassen und eine passende Wohnform für sie zu finden (TC, Z.964-981, 985-993).

### **3.3.4. Typisierung der Moderatoren**

Im Folgenden werden paraverbales und nonverbales Gesprächsverhalten sowie verbale Äußerungen der Moderatoren dargestellt. Darauf basierend wurden die Moderatoren abstrahierend typisiert.

#### **Moderator A – moderierender Ethikexperte**

##### **a) Paraverbales Gesprächsverhalten**

Moderator A hat in dem von ihm moderierten Gespräch einen zeitlichen Redeanteil von 32 Prozent. Er spricht in einem überwiegend gleichbleibenden Lautstärkeniveau, in einer mittleren Sprechgeschwindigkeit. Überwiegend verwendet Moderator A Alltagssprache und die Bedeutungen der wenigen verwendeten Fachbegriffe werden durch ihn erklärt.

##### **b) Nonverbales Gesprächsverhalten**

Moderator A behält während des Gesprächs die gleiche Sitzhaltung mit übereinander geschlagenen Beinen bei. Die Körperhaltung wird gelegentlich variiert, indem die Hände, die meist im Schoß liegen, neben den Beinen auf den Stuhl gelegt werden oder der Kopf auf die Hände gestützt wird. Häufig setzt Moderator A illustrierende Gesten ein, beispielsweise eine Abwärtsbewegung der Hand wenn er von Annas Ablehnung der Magensonde spricht und sagt „dann hatte man das Gefühl, es geht wieder runter“ (TA, Z.327) und eine Auf- und Abbewegung der Hand, wenn er ausführt, dass Anna „schwankend ist (...) in ihrer Fähigkeit, Dinge an sich ranzulassen und Dinge aufzunehmen“ (TA, Z.329, 333). Augenkontakt hält Moderator A gleichmäßig zu allen Gesprächspartnern. Die Mimik ist lebhaft mit Hochziehen der Augenbrauen bei Betonung und gelegentlichem Lächeln und Lachen, beispielsweise wenn Herr Wolf andeutet, dass er versehentlich im Gesprächsverlauf schon vorgegriffen und die Bewertung angesprochen hat (TA, 317-322).

### **c) Verbales Gesprächsverhalten**

Moderator As Moderationsstil ist klar strukturiert und auf Verständlichkeit ausgerichtet.

Die klare Struktur erhält das Gespräch durch die Darstellung des geplanten Gesprächsablaufs zu Beginn der Besprechung (TA, Z.11-14, 18-34) und insbesondere durch Einleitungen zu Beginn (TA, Z.333-339, 590-593, 696-700, 759-762) und Zusammenfassungen am Ende von Gesprächsabschnitten (TA, Z.322-329, 333, 583-589, 725-735, 746-755, 843-849, 849-854, 885-897).

Die Verständlichkeit wird unterstützt, indem die Gesprächsschritte der Bewertung aus der Fürsorge- (TA, Z.23-26), Autonomie- (TA, Z.26-28) und Gerechtigkeitsperspektive (TA, Z.30-32) und der Synthese (TA, Z.32-34) erklärt werden und die Gelegenheit für Rückfragen gegeben wird (TA, Z.34). Außerdem wird zu Beginn des Gesprächs dessen Ziel dargestellt (TA, Z.6-11) und nach der Bewertung der Konflikt zwischen sich widersprechenden Verpflichtungen verdeutlicht: „Das heißt, wir haben jetzt einen ethischen Konflikt zwischen unseren Fürsorgeverpflichtungen auf der einen Seite und den Autonomieverpflichtungen auf der anderen Seite. Also wir haben die Verpflichtung, das Beste für sie zu tun, das wäre Option eins und wir haben die Option, aber auch ihre Selbstbestimmung zu respektieren. Die Frage ist: wie können wir hier jetzt zu einer Abwägung kommen? Also welche Verpflichtung, Autonomie oder Wohlergehen, soll denn jetzt den Vorrang einnehmen? Die Frage ist, ob wir das noch begründen können, ob wir sozusagen gute Gründe angeben können.“ (TA, Z.755-762).

Die Handlungsoptionen werden systematisch von Moderator A abgefragt (TA, Z.337-339, 498-504, 528-533) und ausführlich besprochen, ebenso die Bewertungsaspekte (TA, Z.590-593, 696-700).

Moderator As Rolle ist sowohl die des Moderators, der das Gespräch strukturiert und sicherstellt, dass die Ansichten aller zur Sprache kommen, als auch des Ethik-Experten, der Wissen beiträgt und für eine fundierte ethische Analyse, Bewertung und Synthese sorgt.

## **Moderatorin B – klinisch-pragmatische Konsenssucherin**

### **a) Paraverbales Gesprächsverhalten**

Der zeitliche Redeanteil von Moderatorin B beträgt in der von ihr geleiteten Besprechung 40 Prozent. Moderatorin B spricht leise und langsam mit häufigen Pausen. Ihre Sprechweise wirkt monoton, da ihre Intonation in einem eingeschränkten Tonhöhenbereich bleibt. Sie verwendet einen von medizinischen Fachausdrücken (TB, Z.2, 146, 271) geprägten Sprachstil.

### **b) Nonverbales Gesprächsverhalten**

Moderatorin Bs nonverbales Verhalten wirkt insgesamt sehr zurückgenommen und ruhig.

Sie behält während der Besprechung überwiegend dieselbe Körperhaltung bei. Eine Änderung erfolgt, als der Vater hereingeholt wird. Moderatorin B hält dann das Klemmbrett, das bis dahin auf ihrem Schoß lag, vor den Oberkörper, was den Eindruck eines Schutzschilds gegenüber dem aufgebrachten Vater erzeugt.

Die Mimik bleibt abgesehen von gelegentlichem Lächeln unverändert und die Gestik ist relativ zurückhaltend. Meist sind es kleinere Bewegungen der Hand und selten raumgreifendere Gesten wie ein nach vorne Beugen des Oberkörpers und ein Ausstrecken des Arms Richtung Pflegekraft, als Moderatorin B sie unterbrechen möchte. Augenkontakt hält Moderatorin B überwiegend zu Arzt und Pflegekraft.

### **c) Verbales Gesprächsverhalten**

Moderatorin B verzichtet darauf, die Besprechung zu Beginn durch eine Darstellung des geplanten Gesprächsablaufs zu strukturieren. Lediglich vor den jeweiligen Gesprächsabschnitten nennt sie die Gliederungspunkte: „Faktendarstellung des Krankheitsverlaufs“ (TB, 22f.), „patientenspezifische Bewertung“ (TB, Z.127), „Patientenwohl“ (TB, Z.223), „Verpflichtung gegenüber Dritten“ (TB, 262).

Moderatorin Bs Moderationsstil ist pragmatisch, minimalistisch und Kliniker-nah.

Ihr Fokus liegt nicht darauf, dass ethische Prinzipien eingehend diskutiert werden. Da sie den Konflikt zwischen Autonomie- und Fürsorgeperspektive kaum thematisiert und zwischen den



Gesprächsteilnehmern aus ihrer Sicht Einigkeit besteht, liegt ihr Hauptaugenmerk auf dem kreativen Finden von Lösungen.

Minimalistisch ist Moderatorin Bs Moderationsstil in der Hinsicht, dass sie mehrfach Handlungsoptionen kurz anspricht, jedoch kaum eingehendere Diskussionen dazu anregt (TB, Z.2213-220, 378-391, 391-406). Entsprechend sind die Empfehlungen und Gesprächsergebnisse, von denen sie spricht, überwiegend sehr vage gehalten und durch Phrasen beschrieben: „Das heißt, wir müssen ja lösungsorientiert schauen“ (TB, Z.509), „ziehen alle an einem Strang“ (TB, Z.561), „Sie setzen sich zusammen, machen da eine Linie, wer spricht mit der Patientin, was bietet man ihr an“ (TB, Z.562f.), „lösungsorientiert den Weg wirklich mit vereinten Kräften zu gehen“ (TB, Z.593), „auf der Linie bleiben“ (TB, Z.594), „mit einer Zunge sprechen“ (TB, Z.663), „nehmen das auch in die Hand, das Ganze“ (TB, Z.664), „jeder hier ein bisschen und da ein bisschen“ (TB, 664f.). Es gibt nur wenige Gesprächsergebnisse oder Empfehlungen, die Moderatorin B etwas konkreter formuliert, etwa wenn sie davon spricht, eine „offene Betreuung“ und eine „Aufgabe“ (TB, Z.330) wären gut für Anna, beispielsweise „mal zu Kindern zu gehen und mit denen zu arbeiten“ (TB, Z.332), oder Selbsthilfegruppen (TB, Z.469,566).

Moderatorin Bs formelhafte Sprechweise führt bisweilen auch zu einer beeinträchtigten Verständlichkeit für die anderen Gesprächsteilnehmer. Als sie beispielsweise die „Verpflichtung gegenüber Dritten“ als nächsten Gliederungspunkt des Gesprächs anspricht, diesen jedoch nicht genauer erklärt, stellt der Psychiater die Rückfrage, was damit gemeint sei (TB, Z.262-266). Außerdem bricht Moderatorin B häufig selbst ihre Sätze ab (TB, Z.145, 149, 163, 257, 287, 289, 451, 642), wodurch die Verständlichkeit ihrer Aussagen zusätzlich eingeschränkt wird.

Moderatorin B nimmt eine Kliniker-nahe Rolle ein, sie agiert also tendenziell eher wie ein Teil des Behandlungsteams als wie eine hinzugezogene Expertin. Darauf deutet beispielsweise hin, dass sie den Vater der Patientin zu Beginn des Gesprächs aus dem Raum bittet, um sich zuerst mit Arzt und Krankenschwester zu besprechen. Manche Formulierungen lassen ebenfalls darauf schließen, wie „wir untereinander“ (TB, Z.349), womit Dr. Frei, Frau Fischer und sie selbst gemeint sind. Weiterhin deutet auf diese Position hin, dass sie in der Besprechung die Ausarbeitung eines Handlungskonzepts betont und das Abwägen ethischer Verpflichtungen wenig Raum einnimmt.

## **Moderatorin C – empathische Orientierungsgeberin**

### **a) Paraverbales Gesprächsverhalten**

Moderatorin C hat in dem von ihr geleiteten Gespräch einen zeitlichen Redeanteil von 53 Prozent und damit den höchsten Redeanteil aller Moderatoren in den jeweils von ihnen geleiteten Gesprächen. Sie spricht in einem mittleren Geschwindigkeitsniveau und variabler Lautstärke. Diese ist beispielsweise geringer, als es um den möglicherweise abnehmenden Lebenswillens der Patientin geht.

Moderatorin Cs Sprachstil ist überwiegend Alltagssprachlich mit der gelegentlichen Verwendung von Fachbegriffen insbesondere aus dem psychologischen Bereich (TC, Z.343f., 360, 662).

### **b) Nonverbales Gesprächsverhalten**

Moderatorin C interagiert sehr intensiv mit den Gesprächsteilnehmern.

Sie hört sehr aktiv zu. Wenn ein anderer Gesprächsteilnehmer spricht und Moderatorin C nicht Notizen anfertigt, hält sie Blickkontakt zum Sprecher und signalisiert ihr Zuhören durch verbale („ja“, „mhm“) und nonverbale (Nicken) Reaktionen. Außerdem wiederholt Moderatorin C mehrfach Äußerungen anderer Gesprächsteilnehmer nach deren Redebeiträgen (TC, Z.74, 403, 442). Ihre Mimik wirkt lebhaft und freundlich mit häufigem Lächeln und Hochziehen der Augenbrauen zur Betonung des Gesagten. Die Gestik ist besonders von illustrierenden Bewegungen geprägt wie einem Hin- und Herbewegen des Oberkörpers als sie mögliche Meinungsverschiedenheiten im Team anspricht und einem Vor- und Zurückbewegen der Hände vor dem Körper, als es um den Zugang der Eltern zur Tochter geht.

Die Körperhaltung variiert Moderatorin C häufig. Beispielsweise wird der Oberkörper nach vorne gebeugt bei Äußerungen der Gesprächsteilnehmer, die ihr Interesse besonders zu wecken scheinen und wenn sie diffizile Themen anspricht wie die Beziehung der Eltern zur Patientin.

### **c) Verbales Gesprächsverhalten**

Moderatorin C strukturiert das Gespräch klar, indem sie zu Beginn der Besprechung ausführlich den geplanten Gesprächsverlauf und die Ziele der Besprechung erklärt (TC, Z.76-

114) und während des Gesprächs häufig gezielte Nachfragen stellt (TC, Z. 174, 182, 236f., 249-251, 289-295, 411, 434-438).

Moderatorin C nimmt in dem von ihr moderierten Gespräch die Rolle einer Ethik-Expertin ein, die selbst Position bezieht und mit ihren Denkanstößen und vielen kreativen Vorschlägen den Gesprächsverlauf und das Ergebnis entscheidend beeinflusst. Mit einer gewissen Autorität zeichnet sie Wege vor, die im Wesentlichen auch in das Gesprächsergebnis münden.

Alle Gesprächsteilnehmer haben zu Beginn der Besprechung Gelegenheit, ihre Sicht des Falls ausführlich darzulegen und Moderatorin C unterstützt durch Zwischenfragen die Analyse der Krankheitsgeschichte. Moderatorin C positioniert sich daraufhin selbst eindeutig und misst der Autonomieperspektive große Bedeutung zu: „Aber der springende Punkt, der mich hier jetzt noch beschäftigt, ist, noch mal zurückkommend auf die Frage, welchen Respekt schulden wir ihr, der erwachsenen Person, die über ihr eigenes Leben verfügen darf“ (TC, Z.651-653). Sie bringt ihre Erfahrungen mit ähnlichen Fällen ein (TC, Z.666-678) und gibt den Gesprächsteilnehmern Denkanstöße, beispielsweise, dass anorektischen Patientinnen durch die Therapie das Gefühl, sich als selbststeuernd zu erleben, abhandenkommen könne und es deshalb notwendig sei, Anna mehr Selbstverantwortung zu geben (TC, Z.667-677).

Moderatorin C macht im Wesentlichen zwei Vorschläge, die beide die Autonomie der Patientin stärken. Zum einen empfiehlt Moderatorin C, Anna anzubieten, dass sie eine Patientenverfügung verfasst, um „in einen Nachdenk- und Beratungsprozess mit der Patientin zu kommen“ (TC, Z.693-694). Zum anderen schlägt sie vor, für Anna eine passende Wohnform zu finden, möglicherweise außerhalb des medizinischen Bereichs, „wo sie nicht bedrängt wird, wo sie sie selber sein oder werden kann und wo sie etwas leisten kann“ (TC, Z.599-600). Beide Anregungen werden auch als Gesprächsergebnis festgehalten.

## 4. Diskussion

### 4.1. Analyse der Modelle

Viele Modelle der klinisch-ethischen Fallbesprechung folgen einem prinzipienorientierten Ansatz, ihnen liegen also als theoretische Basis die vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress zugrunde [9]. Dieser Ansatz hat international weite Verbreitung gefunden. Er ist gut geeignet für ergebnisoffene ethische Fallbesprechungen in der Klinik und ist weltanschaulich nicht begrenzt [46]. Darüber hinaus hat sich eine Vielfalt an Modellen mit einer großen Bandbreite an theoretischen Grundlagen entwickelt. Dies spiegelt die jahrzehntelange internationale Entwicklung klinisch-ethischer Fallbesprechung und ihrer Methodik wider, zu der Experten aus verschiedenen Fachbereichen und mit unterschiedlicher Affinität zu philosophischen Richtungen beigetragen haben. Die Hermeneutik ist eine weitere theoretische Basis für Modelle klinisch-ethischer Fallbesprechung. Während die Entwicklung prinzipienorientierter Methoden vor allem von angelsächsischen Ländern ausging, entstanden hermeneutische Modelle häufiger in Kontinentaleuropa. Dabei wurde Kritik geübt am „Prinzipalismus“, der als simplistisch abqualifiziert wurde [62]. Des Weiteren wurden Modelle mit beispielsweise dem *Klinischen Pragmatismus* oder dem *Sokratischen Dialog* als methodische Grundlage entwickelt. Die Modelle können für unterschiedliche Anwendungszwecke eingesetzt werden [56]. Einige Modelle sind nicht an einen bestimmten theoretischen Ansatz gebunden. Insbesondere Modelle, die für einen großen Anwendungsbereich gedacht sind wie das *SME*-Modell des Zentrums für Medizinethik Oslo, das Teil der norwegischen nationalen Leitlinien für klinische Ethikkomitees ist, oder das *CASES*-Modell der *Veterans Health Administration*, der größten Einrichtung für Gesundheitsversorgung der USA, nennen verschiedene theoretische Ansätze, die in ihr Modell integriert werden können.

Dieser methodische Pluralismus spiegelt den moralischen Pluralismus in der Gesellschaft wider. Dabei stellt sich die Frage, ob dieser methodische Pluralismus gerechtfertigt ist, oder ob es Qualitätskriterien gibt für die Auswahl der Methodik. Es wurden verschiedene Lösungsansätze erarbeitet, mit dem Pluralismus der ethischen Theorien in klinisch-ethischen Fallbesprechungen umzugehen. Steinkamp und Gordijn forderten eine begründete methodologische Pluralität [56]. Eine bestimmte Methode solle in Abhängigkeit von der Art des zu beratenden moralischen Problems ausgewählt werden. Beauchamp und Childress schlugen die Integration unterschiedlicher normativ-ethischer Theorien zu einem umfassenden Ansatz vor [9]. Sie betonen die Konvergenz ethischer Theorien auf der Ebene

der Prinzipien und ihre Ausrichtung auf alltägliche moralische Normen. MacIntyre dagegen vertrat die These der Inkommensurabilität ethischer Theorien [33]. Er ging also davon aus, dass die Begriffe und Konzepte, die von unterschiedlichen ethischen Traditionen eingesetzt werden, auf so unterschiedlichen Grundlagen basieren, dass die Argumente, die sich aus diesen verschiedenen ethischen Theorien ergeben, nicht kombiniert oder verglichen werden können. Einen möglichen Umgang mit dieser Inkommensurabilität, den MacIntyre vorschlägt, ist die Idee der „imaginierten Perspektiven“ [34]. Statt unterschiedliche Konzepte aus verschiedenen ethischen Theorien zu verbinden, solle der klinische Ethiker bei der Beratung zu einem ethischen Problem die Sichtweise einer philosophischen Schule vollständig einnehmen.

Zur normativen Abwägung verweisen die prinzipienorientierten Modelle auf die vier bioethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress [9]. Zur Anwendung der Prinzipien stellen Beauchamp und Childress zwei Schritte vor. Im ersten Schritt der Spezifizierung sollen die Prinzipien auf den zu beratenden Fall bezogen werden, damit die zunächst abstrakten Normen mit handlungsleitendem Inhalt versehen werden können. Der zweite Schritt der Abwägung beinhaltet die Gewichtung der Normen in dem bestimmten Fall. Auch andere Modelle, die nicht klar auf dem prinzipienorientierten Ansatz basieren, verweisen neben anderen Kriterien auf die vier Prinzipien als Abwägungskriterien [18], [22]. In den meisten prinzipienorientierten Modellen werden keine Angaben zur Anwendung der Prinzipien bei Konflikten zwischen diesen gemacht. Dies geht vermutlich darauf zurück, dass die Prinzipien grundsätzlich nicht hierarchisch geordnet sind [46]. Es ist nicht im Vorhinein festgesetzt, welches Prinzip Vorrang hat. Deshalb muss bei jeder Entscheidung neu durchdacht werden, welches Prinzip Priorität haben soll und wie bei einem Konflikt zwischen den Prinzipien abgewogen werden kann. Andere Modelle bringen die ethischen Aspekte des Falls in eine hierarchische Ordnung. Ein Beispiel ist das *Integrative Modell für die ethische Fallbesprechung* nach Bormann [12], das eine Rangordnung nach dem obersten normativen Beurteilungsmaßstab der „möglichst umfassend entfalteten Handlungsfähigkeit“ erstellt.

Nur wenige Modelle wurden in Form eines reinen Textes veröffentlicht, meist wurde zusätzlich ein Leitfaden oder ein Protokoll vorgelegt. Die Leitfäden und Protokolle unterstützen die Moderatoren in der Anwendung der Methode, indem sie die Thematisierung und Klärung des ethischen Problems sichern. Außerdem können die Leitfäden und Protokolle gewährleisten, dass die Sichtweisen der Beteiligten zur Sprache kommen und die Entwicklung einer begründeten Entscheidung erleichtern [57]. Die Leitfäden beinhalten die

Besprechungsschritte oder Leitfragen des Gesprächs, während die Protokolle noch detaillierter eine Struktur vorgeben und oft als Formular vorliegen, das während der Fallbesprechung ausgefüllt werden kann. Die Form des Protokolls eines Fallbesprechungsmodells beinhaltet Vor- und Nachteile.

**Tabelle 19: Vor- und Nachteile der Protokolle für Fallbesprechungen**

| Vorteile   | Nachteile  |
|--|--|
| Orientierung für weniger erfahrene Ethikberater            | Eingeschränkte Praktikabilität durch zu große Ausführlichkeit vieler Protokolle                        |
| Integration von Gesprächsleitfaden und Dokumentationshilfe | Störung der Kommunikation im Gespräch durch zu starke Fokussierung des Ethikberaters auf das Protokoll |

Vor- und Nachteile der Protokolle für ethische Fallbesprechungen

Nur wenige Modelle sehen vor, dass Angehörige oder die Patienten selbst teilnehmen. Ein möglicher Grund ist, dass ethische Fallbesprechungen in erster Linie als interdisziplinäre Beratung des Behandlungsteams in einer schwierigen Entscheidungssituation gesehen werden und gefürchtet wird, dass eine offene und kontroverse Diskussion möglicherweise das Vertrauensverhältnis des Patienten und seiner Angehörigen zum Behandlungsteam belasten würde [26]. Es wurden verschiedene Möglichkeiten vorgestellt, den Patienten an der Fallbesprechung dennoch zu beteiligen, unter anderem die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens im Vorfeld des Gesprächs und die partielle Teilnahme des Patienten an der Besprechung im Rahmen der Faktensammlung [26].

**Tabelle 20: Vor- und Nachteile der Teilnahme von Angehörigen oder Patienten an der Fallbesprechung**

| Vorteile  | Nachteile   |
|---|---|
| Stärkung der Zufriedenheit der Angehörigen und Patienten durch direktere Einbindung in Entscheidungen | Mögliche Belastung des Vertrauensverhältnisses der Angehörigen oder des Patienten zum Behandlungsteam       |
| Vermeidung von Missverständnissen   | Möglicherweise weniger freie Diskussion, wenn Angehörige teilnehmen, die emotional intensiv involviert sind |
| Notwendigkeit einer allgemeinverständlichen Darstellung von Sachverhalten durch Fachpersonal          | Fehlende Möglichkeit der präzisieren und knapperen Kommunikation durch die Verwendung von Fachsprache       |

Vor- und Nachteile der Teilnahme von Angehörigen oder Patienten an der ethischen Fallbesprechung

In der Mehrheit der Modelle wird die Leitung des Gesprächs durch einen Moderator empfohlen. Dies deckt sich mit den Forderungen der *Akademie für Ethik in der Medizin* [1], dass die Beratungsgespräche von einem Mitglied des Ethikberatungsgremiums moderiert werden sollten. Die meisten Modelle geben außerdem vor, dass der Moderator geschult sein sollte, was mit den Forderungen der *American Society for Bioethics and Humanities (ASBH)* nach Kernkompetenzen für Ethikberatung im Gesundheitswesen [4] korrespondiert, die eine Wissensbasis und ein Set an Fähigkeiten der Ethikberater beinhalten. In vielen Modellen wird außerdem die Teilnahme des Behandlungsteams mit allen seinen unterschiedlichen Berufsgruppen vorgeschlagen. Dies erscheint sinnvoll, um die Perspektiven der verschiedenen Berufsgruppen im Team und damit die professionelle Expertise zur Sprache zu bringen [57].

Als Ziele der Modelle klinisch-ethischer Fallbesprechung werden unter anderem genannt, eine ethisch möglichst gut begründete Entscheidung treffen zu können, einen Konsens der beteiligten Personen zu finden oder auch durch philosophische Reflexion praktische Probleme zu beraten und in einem Abstraktionsprozess Einsicht in grundlegende philosophische Konzepte und Prinzipien zu erlangen [56]. Es ist anzunehmen, dass die Diversität der Ziele der Fallbesprechungsmodelle auf die unterschiedlichen Begriffe von Ethik zurückgeht, die der jeweiligen Methodik zugrunde gelegt wird. Oft werden die Modelle auch für mehr als ein Ziel eingesetzt, folgen jedoch unterschiedlichen Prioritäten. Außerdem kann vermutet werden, dass eine Ursache für die Diversität die große Bandbreite an unterschiedlichen Einsatzbereichen der Modelle ist. Diese erstreckt sich unter anderem auf die prospektive, also

auf anstehende Entscheidungen bezogene, und retrospektive, das heißt getroffene Entscheidungen beziehungsweise abgeschlossene Fälle betreffende Besprechung. Außerdem können die Modelle eingesetzt werden bei internen, also die an der Entscheidung beteiligten Personen mit einschließende Fallbesprechungen, und externen, also von nicht an der Behandlung des Patienten beteiligten Personen durchgeführten Besprechungen von Fällen im Nachhinein, beispielsweise zu Lehrzwecken [26].

## **4.2. Anwendung der Modelle**

In den Ergebnissen der Fragebogenstudie ist der am häufigsten genannte Rahmen für die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen das Krankenhaus. Ein möglicher Grund dafür ist, dass sich Intensivstationen in Krankenhäusern befinden und ethische

Entscheidungskonflikte substantiell mit der Intensivmedizin verbunden sind [49].

Intensivmedizin befasst sich mit dem umfassenden Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel zur Erhaltung oder Wiederherstellung von menschlichem Leben. Deshalb sind

Intensivstationen Bereiche im Gesundheitswesen, in denen ethisch schwierige

Entscheidungssituationen durch die häufigen Grenzsituationen zwischen Leben und Tod eine besonders große Bedeutung haben. Außerdem besteht womöglich unter Intensivmedizinern eine besonders große Sensibilität für ethische Fragen, was eine besonders starke

Repräsentation dieser Fachrichtung bei beispielsweise der Erstellung von Leitlinien oder bei

Kongressen zu entsprechenden Themen nahelegt. Als mögliche Ursache kann angesehen

werden, dass die Intensivmedizin als Fachrichtung nicht durch ein Organ definiert wird,

sondern der gesamte Mensch in einer lebenskritischen Situation im Zentrum steht. Weitere

anzunehmende Ursachen sind zum einen die besondere Herausforderung in der

Intensivmedizin, in kurzer Zeit Entscheidungen zu treffen, die substantielle Bedeutung für das

Leben des Patienten haben können und zum anderen die Ressourcenknappheit, die unter

anderem aufgrund der besonders kostenintensiven Intensivbehandlung in dieser Fachrichtung

bisweilen noch stärker als in anderen Bereichen relevant ist.

Ein Anteil von 46% der Teilnehmer gab an, dass die Einrichtung, in der sie arbeiten, eine Methode der ethischen Fallbesprechung bereitstellen, 47% der Teilnehmer zufolge sei dies nicht der Fall (7% der Teilnehmer machten keine Angabe). Die Bereitstellung der Methode

durch die Einrichtungen könnte darin begründet sein, dass manche Länder, beispielsweise

Norwegen, nationale Leitlinien für klinische Ethikkomitees entwickelt haben, die

Fallbesprechungsmodelle enthalten [24] und die Einrichtungen sich an diesen einheitlichen

Methoden orientieren. Ethikberatungsstrukturen an Universitätskliniken richten sich häufig an



Modellen aus, die an der jeweiligen Universität entwickelt wurden und Ethikberatung an kirchlichen Krankenhäusern orientiert sich meist an Leitfäden mit kirchlichem Hintergrund. Außerdem gibt es Trägerorganisationen im Gesundheitswesen wie die Malteser Trägergesellschaft, die eigenen Modelle für die Fallberatung entwickelt haben [26].

Dass viele Einrichtungen kein Modell für die Fallbesprechung anbieten, könnte daran liegen, dass sie ihren Mitarbeitern die Wahl der Methode offen lassen wollen und außerdem Institutionen wie die *Akademie für Ethik in der Medizin* in Deutschland in ihren „Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ [1] oder die *ASBH* in ihren „Kernkompetenzen für Ethikberatung im Gesundheitswesen“ [4] keine Vorgaben für ein bestimmtes Modell machen.

Der Anteil der Teilnehmer, der angab, bereits eine Form der ethischen Fallbesprechung im Gesundheitswesen durchgeführt zu haben, betrug 94%. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Fragebogenstudie unter Teilnehmern des *ICCEC* durchgeführt wurde und die Kongressteilnehmer zu einem großen Anteil selbst Ethikberater sind. Durch dieses Ergebnis wird bestätigt, dass für die Fragebogenstudie, die sich an Experten für ethische Fallbesprechung richtete, die richtige Zielgruppe ausgewählt wurde.

Die Verwendung einer Methode der ethischen Fallbesprechung gaben 96% der Befragten an. Eine Begründung hierfür ist vermutlich der inhaltliche Bedarf der Ethikberater an den Modellen zur Orientierung in den Fallberatungen, insbesondere unter weniger erfahrenen Ethikberatern. Eine weitere mögliche Erklärung ist die Empfehlung der Verwendung von Modellen durch Organisationen wie die *Akademie für Ethik in der Medizin* [1] oder durch nationale Leitlinien, beispielsweise in Norwegen [24].

Ein großer Anteil der Methoden, die Teilnehmer gemäß den Umfrageergebnissen in ihren Fallbesprechungen anwenden, folgt einem prinzipienethischen Ansatz. Als möglicher Grund kann angenommen werden, dass diese Methoden zum Ziel haben, eine ethisch gut begründete Entscheidung zu treffen [56] und dies ein zentrales Ziel klinisch-ethischer Fallbesprechungen ist [38]. Andere Modelle wie die *Hermeneutic Method* oder der *Socratic Dialogue* werden von den Teilnehmern wohl seltener genannt, da sie anderen Zielen dienen wie der Einsicht in theoretische philosophische Konzepte [56] und damit weniger in klinisch-ethischen Fallbesprechungen in akut anstehenden Entscheidungssituationen verwendet werden, sondern eher in anderen Bereichen wie der theoretischen philosophischen Reflexion über einen Fall oder in der Lehre. Außerdem haben die *Hermeneutic Method* und der *Socratic Dialogue* eine retrospektive Sichtweise, wohingegen prinzipienorientierte Modelle wie beispielsweise die

*Nimwegener Methode* prospektiv ausgerichtet sind [56]. Dies könnte ein zusätzlicher Grund für die weitere Verbreitung der prinzipienorientierten Methoden sein, denn im klinischen Alltag sind Modelle für die prospektive Beratung anstehender Entscheidungen die am weitesten verbreiteten und praxisrelevantesten Modelle für ethische Fallbesprechungen [33]. Des Weiteren besteht unter klinisch tätigem Fachpersonal vermutlich der Wunsch nach einer Struktur und Logik in der Fallbesprechung, die in prinzipienorientierten Modellen direkter ersichtlich wird als beispielsweise in der hermeneutischen Methodik. Außerdem ist anzunehmen, dass hermeneutische Modelle durch ihren großen zeitlichen Aufwand bei dem meist sehr begrenzten Zeitkontingent ethischer Fallbesprechungen weniger praktikabel sind.

Zur Verwendung der Modelle durch die Teilnehmer war die am häufigsten (36 Nennungen) gewählte Angabe, dass sie die Methode im Kopf haben und keine gedruckte Version davon verwenden. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass viele Ethikberater wahrscheinlich in der Anwendung der Methoden so erfahren sind, dass die Unterstützung durch eine gedruckte Version während der Fallbesprechung nicht mehr notwendig ist und diese außerdem hinderlich wäre, da sie möglicherweise die Konzentration auf die Gesprächspartner stört. Dementsprechend ist eine geringere Erfahrung und eventuell der Bedarf an einer Gedankenstütze womöglich ein Grund für die Auswahl der zweithäufigsten (26 Nennungen) Antwort, nämlich die Verwendung einer gedruckten Version, die während der Fallbesprechung angesehen wird. Die am dritthäufigsten (19 Nennungen) angegebene Art der Verwendung eines Modells ist die Nutzung eines Protokolls, das während der Fallbesprechung ausgefüllt wird. Dies rührt wahrscheinlich daher, dass sowohl zu einigen Modellen bereits ein Protokoll veröffentlicht wurde, als auch, dass viele Ethikberater sich möglicherweise eigene Protokollformen für ihre Fallbesprechungen erstellt haben. Diese können Notizen, die während der Besprechung angefertigt werden übersichtlicher machen und bei der abschließenden Dokumentation Zeit sparen.

Bei den Antworten auf die Frage, welche Methode im jeweiligen Herkunftsland der Ethikberater am häufigsten verwendet wird, ist eine Bevorzugung von Methoden, die ihren Ursprung im jeweiligen Land haben, zu erkennen, beispielsweise bei der Angabe des *Lille Modells* [13] als eines der in Frankreich am häufigsten verwendeten Modelle oder des *Lanza Foundation Protocol* [60] als eine häufige Methode in Italien. Vermutlich ist eine Begründung hierfür, dass viele Modelle nur in einer Sprache veröffentlicht wurden. Außerdem ist eine Tendenz zu erkennen zu Modellen mit einfacherer Struktur und zu seit längerem bestehenden Modellen wie dem 1982 erstmals veröffentlichten *4-Boxes-Modell* [28], das von Teilnehmern

aus den USA als dort am häufigsten verwendete Methode angegeben wurde. In Norwegen wurde das *SME*-Modell [24] deutlich am häufigsten genannt, was wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass es in den nationalen Leitlinien empfohlen wird.

Methoden der ethischen Fallbesprechung werden von 65% der Teilnehmer als sehr nützlich, von 23% als mäßig nützlich und von 5% als etwas nützlich eingestuft. Aus dieser deutlichen Nützlichkeit der Modelle wird die Notwendigkeit ersichtlich, die Methoden wissenschaftlich zu untersuchen, sie weiterzuentwickeln und zu lehren. Die Begründungen, warum die Teilnehmer die Methoden insgesamt deutlich als nützlich wahrnehmen, ergeben sich wahrscheinlich zumindest teilweise aus den Antworten auf die nächste Frage des Fragebogens nach den Zielen der Methoden. Vermutlich nutzen die Methoden den Teilnehmern, da sie viele dieser Ziele erfüllen.

Am häufigsten (83 Nennungen) wurde das Ziel der Strukturierung der Diskussion genannt. Dieses Ziel wird dadurch unterstützt, dass zu den meisten Methoden ein Leitfaden entwickelt wurde oder zumindest Angaben zur Abfolge der einzelnen Schritte des Gesprächs gemacht wurden. So helfen die Modelle bei der formalen Gliederung der Besprechung. Die Strukturierung der Diskussion wurde auch von Steinkamp und Gordijn als eine der zentralen Funktionen der Protokolle zu den Methoden genannt [56]. Die am zweithäufigsten (67 Nennungen) gewählte Antwort war das Ziel der Vergewisserung, dass keine relevanten Punkte vergessen wurden. Dies entspricht auch der Forderung der *Akademie für Ethik in der Medizin*, alle für die Beurteilung des Falls notwendigen Aspekte offenzulegen und den Beteiligten die ausreichende Möglichkeit zu geben, sich einzubringen [1]. Das am dritthäufigsten (52 Nennungen) genannte Ziel der Förderung einer ethisch gut fundierten Analyse erscheint schlüssig, da das allgemeine Ziel der ethischen Fallbesprechung darin besteht, die ethisch am besten begründbare Option zu erarbeiten [38]. Magelssen, Pedersen und Førde [35] stellten vier Rollen ethischer Theorien in klinisch-ethischen Fallbesprechungen vor.

**Tabelle 21: Vier Rollen ethischer Theorien in klinisch-ethischen Fallbesprechungen nach Magelssen et al.**

|   |
|---|
| 1. Bewusstsein für und Identifikation von moralischen Herausforderungen |
| 2. Analyse von und Argumentation über moralische Herausforderungen      |
| 3. Gestaltung des Beratungsprozesses und des moralischen Dialogs        |
| 4. Anregung zu Reflexivität und Interpretation                          |

Quelle: [35]

Die erste Rolle nach Magelssen et al. findet in den Antworten der Umfrageteilnehmer keine

direkte Entsprechung. Das in der Umfrage genannte Ziel der Förderung einer ethisch gut fundierten Analyse entspricht im Allgemeinen der zweiten Rolle ethischer Theorien nach Magelssen et al. Das Ziel der Strukturierung der Diskussion ist der dritten Rolle ähnlich. Die vierte Rolle wurde ähnlich in den Freitextantworten zu der Frage nach den Zielen der Methoden widergespiegelt; dort wurde angegeben (fünf Nennungen), die Methoden hätten das Ziel der Unterstützung von Reflexion und Dialog.

Laut 51% der Teilnehmer der Fragebogenstudie hängt das Ergebnis einer Fallbesprechung von der verwendeten Methode ab, 39% verneinten dies und 10% machten keine Angabe. Die Abhängigkeit des Ergebnisses von der verwendeten Methode erscheint schlüssig, da die unterschiedlichen Methoden verschiedene Ziele haben [56]. Die Teilnehmer, die nicht von dieser Abhängigkeit ausgehen, gewichten vermutlich andere Einflussfaktoren auf das Ergebnis stärker als die verwendete Methode. Dies kann in Zusammenhang mit der von Newson et al. [41] vorgestellten These gesehen werden, dass ethische Theorie in den Fallbesprechungen nützlich sein könne, aber nicht essentiell sei, wichtiger sei „critical engagement“. Damit ist ein bestimmtes Set an Fähigkeiten gemeint wie ein Problem zu identifizieren, es auf relevante und produktive Weise zu analysieren und eine Position fundiert zu begründen. Die Einstellung der Teilnehmer, die keine Abhängigkeit des Besprechungsergebnisses vom verwendeten Modell sehen, passt zu dieser These insofern, als dass danach der Grad der Ausprägung der genannten Fähigkeiten entscheidender wäre als die ethische Theorie, die dem angewandten Modell zugrunde liegt.

#### **4.3. Beziehung zwischen Modell und Gesprächsergebnis und Einfluss des Moderators**

Das Ergebnis der Fallbesprechung A ist zusammengefasst, dass die Teilnehmer versuchen wollen, die Patientin zu einer Fortsetzung der stationären Therapie zu bewegen und falls das nicht möglich sein sollte eine ambulante Therapie anzubieten. In Fallbesprechung B wird als Ergebnis die Fortsetzung der Therapie festgehalten, möglicherweise in einer Tagesklinik, und Angebote an die Patientin zur Verbesserung ihres Umfelds. Die beiden Ergebnisse sind ähnlich, besitzen jedoch unterschiedliche Nuancierung. In Fallbesprechung A wird die Fortsetzung der Therapie als ein Versuch gesehen und es wird in der Besprechung bereits eine Alternative entwickelt für den Fall, dass die Patientin dem nicht zustimmen würde. Außerdem wird besprochen, dass die Fortsetzung der Therapie nicht mit allen Mitteln versucht werden solle. In Fallbesprechung B wird der Fokus darauf gelegt, dass alle Gesprächsteilnehmer an einem Strang ziehen, um eine Weiterführung der Therapie zu erreichen. Die Erarbeitung alternativer Optionen wird auf ein mögliches Folgegespräch verlegt. Es kann vermutet

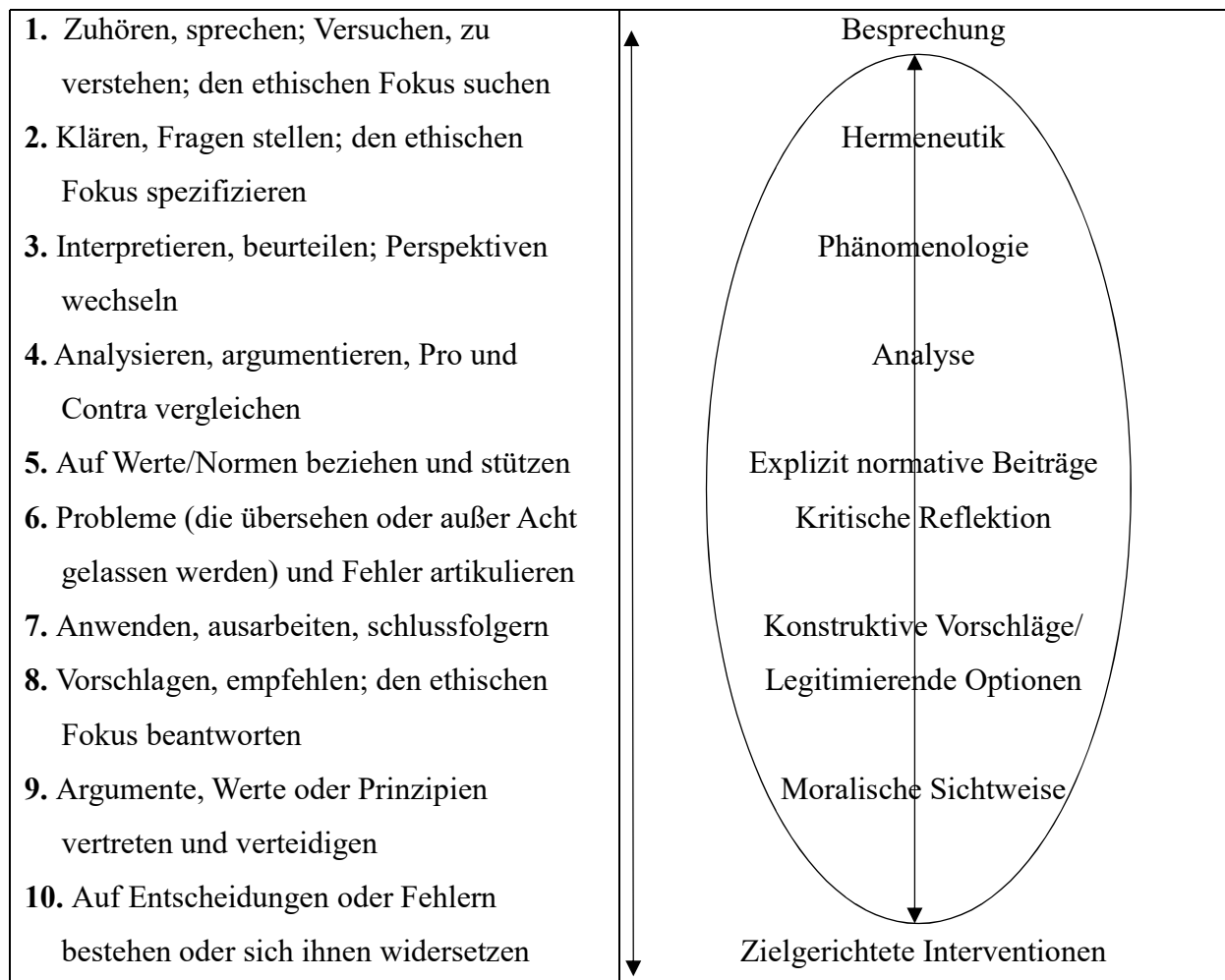
werden, dass die Ähnlichkeit der Ergebnisse dieser beiden Fallbesprechungen darin begründet ist, dass beide grundsätzlich nach dem Modell der *Prinzipienorientierten Fallbesprechung* [38] moderiert werden. Der verschiedene Fokus der Ergebnisse könnte daher rühren, dass die Moderatoren unterschiedlich strikt den Schritten des Modells folgen und im Allgemeinen in der unterschiedlichen Leitung der Gespräche durch die Moderatoren. In Fallbesprechung A ist das Gesprächsergebnis das Resultat einer ausführlichen ethischen Analyse und Bewertung der in dem Fall relevanten ethischen Prinzipien und einer strukturierten, begründeten Abwägung durch alle Gesprächsteilnehmer. Moderatorin B konzentriert sich auf einen Konsens der Gesprächsteilnehmer und gibt der Autonomieperspektive der Patientin wenig Gewicht, was ein Grund für die unterschiedlichen Akzentuierungen der Gesprächsergebnisse sein könnte. Deutlich unterschiedlich als die Ergebnisse dieser beiden Gespräche ist das Resultat der Fallbesprechung C. Hier wird der Autonomieperspektive der Patientin intensiv Rechnung getragen und festgehalten, dass man der Patientin das Angebot machen will, in einem begleiteten Prozess eine Patientenverfügung zu verfassen, um ihr mehr Selbstbestimmung zurückzugeben. Außerdem wird die Suche nach einer geeigneteren Wohnform geplant. Ein möglicher Grund für das Zustandekommen dieses Ergebnisses ist das *Basler Modell* [46], das als methodische Grundlage für die Moderation des Gespräches diene und beispielsweise Elemente wie den *Systematischen Perspektivenwechsel* enthält, der eine ausgewogene Berücksichtigung der Sichtweisen aller von der diskutierten Problematik Betroffenen unterstützt.

Auffallend ist, dass es in allen drei Fallbesprechungen die Moderatoren sind, die die spätere Lösung in das Gespräch einbringen. Daraus wird die Notwendigkeit ersichtlich, dass die Ethikberater mit den Gegebenheiten der klinischen Praxis vertraut sind, um praktikable Handlungsoptionen, in dem hier besprochenen Fall beispielsweise die Möglichkeit der Verfassung einer Patientenverfügung oder die Anbindung an eine Tagesklinik, vorschlagen zu können. Insbesondere für Ethikberater mit eher theoretischem Hintergrund, beispielsweise aus dem philosophischen Bereich, ist es notwendig, dass sie sich in dieser Hinsicht fortbilden.

Die Moderatoren sind in den Fallbesprechungen in unterschiedlicher Intensität normativ tätig. Reiter-Theil [45] schlug hinsichtlich der normativen Dimension in klinischen Ethikberatungen den Ansatz der „minimal effektiven Intensität der Normativität“ vor, das heißt so viele normative Aktivitäten wie notwendig auszuführen um ein ethisch akzeptables Ergebnis zu erreichen. Dazu wurde ein Inventar an Aktivitäten des Ethikberaters mit zunehmender Normativität vorgestellt. Die folgende Box zeigt in ihrem linken Teil diese Inventar und im

rechten Teil verschiedene konzeptuelle Rahmen, in denen die Aktivitäten des Ethikberaters verstanden werden können. Beide Teile folgen einem graduellen Ansatz im Umgang mit der Intensität der Normativität, illustriert durch die beiden Doppelpfeile.

**Box 9: Inventar für den Umgang mit der normativen Dimension nach S. Reiter-Theil**



Quelle: [45]

Während die Moderatoren A und C das Inventar in großen Teilen anwenden, wird in Fallbesprechung B wird die Problematik ersichtlich, die sich ergibt, wenn der Moderator sich zu früh auf einen Konsens der Gesprächsteilnehmer hinsichtlich des weiteren Vorgehens fokussiert. Die ethische Bewertung droht dann abgekürzt zu werden und wichtige Aspekte werden außer Acht gelassen, wie in diesem Fall die Autonomie der Patientin. In Bezug auf Reiter-Theils Inventar für den Umgang mit der normativen Dimension in klinischer Ethikberatung kann festgestellt werden, dass in Fallbesprechung B schon der erste Schritt nicht vollständig ausgeführt wurde und keine eingehendere Suche nach dem ethischen Fokus erfolgte.

Ein weiterer möglicher Grund, warum der Autonomie-Aspekt in Fallbesprechung B weniger

Beachtung fand, könnte in der Person der Moderatorin begründet sein, insbesondere in ihrer beruflichen Ausbildung und ihrem institutionellen Tätigkeitsbereich. Dass Moderatorin B in einer Klinik als Ärztin arbeitet führt möglicherweise zu einem anderen Fokus in den von ihr moderierten Besprechungen als das beispielsweise bei einer in der universitären Forschung tätigen Ethikerin der Fall wäre. Moderatorin Bs beruflicher Hintergrund bedingt womöglich eine eher praxis- als philosophieorientierte Perspektive. Aspekte wie das Lösen von Konflikten im Behandlungsteam oder rechtliche Absicherung spielen im klinischen Alltag vermutlich eine größere Rolle als ethische Theorien.

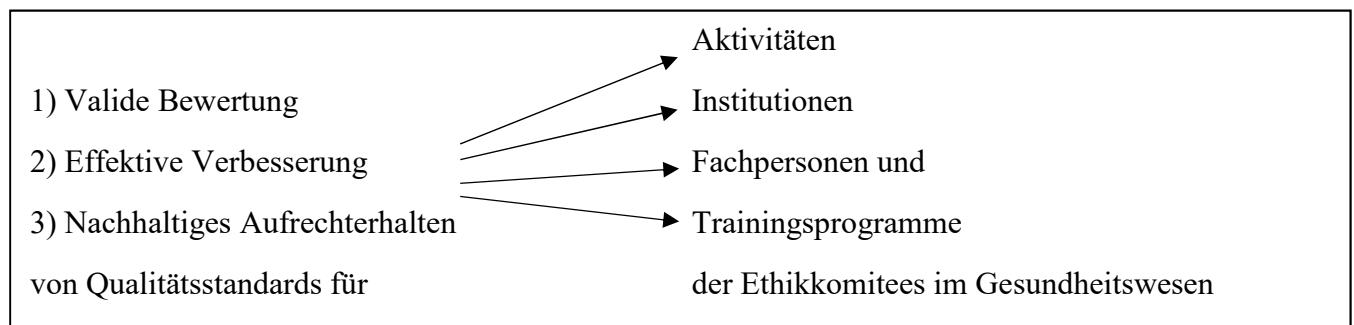
Bezüglich aller drei Gespräche kann vermutet werden, dass der Autonomieaspekt intensivere Beachtung gefunden hätte, wäre die Patientin selbst anwesend gewesen.

Allerdings tragen folgende Aspekte zur Respektierung der Autonomie der Patientin bei: die Gesprächsergebnisse werden als Angebote an Anna formuliert. Außerdem wird in den Gesprächen nicht eine definitive Lösung, vor allem in Hinblick auf die palliative Versorgung der Patientin, festgelegt. Vielmehr einigen sich die Teilnehmer auf eine prozedurale Lösung. Diese sieht vor, zunächst die als Ergebnis festgehaltenen Vorgehensweisen umzusetzen, also insbesondere Anna die besprochenen Angebote zu unterbreiten, dann zu sehen, zu welchen Effekten dies geführt hat, und sich möglicherweise zu einem Folgegespräch zu treffen.

#### **4.4. Qualität in der Ethikberatung**

Ein Ziel dieser Arbeit ist es, einen Beitrag zu Qualitätsverbesserung der Ethikberatung zu leisten. Der Bedarf an Qualitätsstandards für Ethikberatung im Gesundheitswesen ergibt sich unter anderem daraus, dass die Qualität der Ethikberatung Einfluss auf die Qualität der Patientenversorgung und damit auf die Gesundheit und Lebensqualität der Patienten hat. Außerdem sind Qualitätsstandards wichtig für die Rechtfertigung des Ressourcenverbrauchs durch die Ethikberatung und sie sorgen für Gerechtigkeit zwischen den Nutzern der Ethikberatung [29]. Die Qualitätssicherung setzt auf verschiedenen Ebenen der Ethikkomitees an.

### Box 10: Qualitätssicherung von Ethikkomitees im Gesundheitswesen nach R. J. Jox



Quelle: [29]

Hinsichtlich der Qualifizierung und Zertifizierung von Ethikberatern hat die *Akademie für Ethik in der Medizin* Angebote entwickelt. Zur Zertifizierung bestehen Empfehlungen, die sich auf drei Kompetenzstufen beziehen [2].

**Tabelle 22: Kompetenzstufen für die Zertifizierung von Ethikberatern nach der Akademie für Ethik in der Medizin**

| Kompetenzstufe  | Zielgruppe  |
|---|---|
| K1: Ethikberater im Gesundheitswesen                  | Mitglieder eines Ethikberatungsgremiums                                 |
| K2: Koordinator für Ethikberatung im Gesundheitswesen | Vorsitzende eines Ethikgremiums, Leiter/innen von Stabstellen für Ethik |
| K3: Trainer für Ethikberatung im Gesundheitswesen     | Personen, die Schulungen für Ethikberatung durchführen                  |

Quelle: [2]

Diese Arbeit bezieht sich auf die Qualitätsverbesserung auf Ebene der Aktivität der Ethikkomitees im Gesundheitswesen, im speziellen die klinisch-ethische Fallbesprechung. Diesbezüglich kann Qualität in den Bereichen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität betrachtet werden. Die Strukturqualität bezieht sich dabei unter anderem auf die Einbettung des Ethikkomitees in die Einrichtung des Gesundheitswesens und ihre Unterstützung sowohl durch die Mitarbeiter als auch durch die Führungsebene. Die Prozessqualität wird durch Kriterien definiert wie die Vorgaben zur Initiierung der Fallbesprechung, Einladung der Teilnehmer, Dokumentation des Besprechungsergebnisses etc. Die Ergebnisqualität ist dabei am schwierigsten zu definieren. Sie bezieht sich auf das Zustandekommen und den Inhalt des Besprechungsergebnisses. Ein Bewertungsansatz für Fallbesprechungen, der diesbezüglich erstellt wurde, ist das *Assessing Clinical Ethics Skills (ACES)*- Bewertungssystem, entwickelt an der Loyola Universität Chicago [32]. Dieses kann verwendet werden, um die Leistung von klinischen Ethikberatern in simulierten Fallbesprechungen zu bewerten, indem die in



verschiedene Rubriken gegliederten Anforderungen an Ethikberater als „erledigt“, „nicht erledigt“ oder „fehlerhaft erledigt“ eingestuft werden können.

**Tabelle 23: System zur Bewertung von Fähigkeiten in klinischer Ethik, entwickelt an der Loyola Universität Chicago**

|  |
|--|
| <b>1. Leite die Formalitäten des Treffens (z.B. Länge, Ziel, Struktur, Teilnehmer)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1. Stelle dich und deine Rolle als Ethikberater vor</li> <li>1.2. Lasse alle Beteiligten sich einander vorstellen</li> <li>1.3. Erkläre das Ziel der Beratung</li> </ul>   |
| <b>2. Sammle relevante Informationen (z.B. Medizinische Fakten, Präferenzen und Interessen des Patienten und anderer Teilnehmer)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1. Eruiere die relevanten Fakten des Falls (medizinische, pflegerische und den Patienten betreffende Informationen)</li> <li>2.2. Kläre wenn nötig</li> </ul>  |
| <b>3. Äußere die Grenzen der Rolle des Ethikberaters und bleibe innerhalb dieser Grenzen während Treffen und Begegnungen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.1. Fachkräfte aus dem Gesundheits- oder Verwaltungsbereich sollten nach Bedarf ihre klinischen von ihren ethischen Rollen unterscheiden</li> <li>3.2. Korrigiere falsche Erwartungen an die Rolle des Ethikberaters nach Bedarf</li> </ul> |

Quelle: [32]

Dieser Ansatz bezieht sich vor allem auf formale Kriterien der Fallbesprechungen. Es können jedoch auch inhaltliche Kriterien definiert werden, die hinsichtlich der Ergebnisqualität relevant sind. In zahlreichen Fallbesprechungsmodellen wird als Ergebnis die ethisch am besten begründbare Option angestrebt. Dann sind als Bewertungskriterien beispielsweise relevant, ob alle Handlungsoptionen sorgfältig betrachtet werden, ob die Prognose und die Einwilligungsfähigkeit des Patienten berücksichtigt werden und ob alle relevanten Werte und Prinzipien in dem Fall zur Sprache kommen. Die Ergebnisqualität der Fallbesprechungen schließt auch mit ein, inwieweit die Patientenversorgung verbessert, die Zufriedenheit der Patienten und Behandler erhöht und die Zahl der rechtlichen Auseinandersetzungen reduziert wurde.

Praktische Relevanz hat die Arbeit auch hinsichtlich der Qualitätsoffensive zur Ethikberatung an der LMU München im Rahmen der 2016 erfolgten Gründung eines klinischen Ethikkomitees am Klinikum der Universität München [30].

#### **4.5. Limitationen**

Eine wesentliche Limitierung der Arbeit ergibt sich daraus, dass die experimentellen Fallbesprechungen auf wenige Modelle beschränkt waren und dies der Vielfalt der bisher veröffentlichten Modellen der klinisch-ethischen Fallbesprechung nicht vollständig gerecht wird.

Des Weiteren wird die Aussagekraft der Ergebnisse dadurch eingeschränkt, dass die Fallbesprechungen nur mit drei verschiedenen Moderatoren durchgeführt wurden. Mehrere Fallbesprechungen mit mehreren verschiedenen Modellen und Moderatoren hätten aussagekräftigere Ergebnisse geliefert.

Eine weitere Limitierung ist, dass sich die Gespräche nur in den Moderatoren und den angewendeten Modellen unterscheiden und damit nur der Einfluss dieser beiden Faktoren auf den Gesprächsverlauf und das Besprechungsergebnis analysiert wurde. Andere Faktoren, die das Gesprächsergebnis beeinflussen könnten, wie die weiteren Gesprächsteilnehmer, wurden nicht durch weitere Gespräche und Variation dieser Faktoren untersucht.

Außerdem wurde die Aussagekraft der Ergebnisse der Fallbesprechungsstudie dadurch limitiert, dass die Gesprächsteilnehmer Rollenträger und nicht persönlich in den Fall involviert waren. Es ist anzunehmen, dass dieser Faktor nicht ohne Auswirkung auf Verlauf und Ergebnis der Besprechung bleibt.

Eine Limitierung der Fragebogenstudie ist die fehlende Repräsentativität.

#### **4.6. Ausblick**

Weitere zu untersuchende Bereiche in Bezug auf die Fallbesprechungsstudie dieser Arbeit wären die Durchführung einer größeren Zahl an Besprechungen und die Einbeziehung weiterer Moderatoren und Modelle. Außerdem könnten mehrere Besprechungen durchgeführt werden, in denen jeweils derselbe Moderator unterschiedliche Modelle anwendet oder verschiedene Moderatoren dasselbe Modell verwenden, um den Einfluss der Person des Moderators und der Modelle eingehender zu untersuchen.

Eine weitere Fragestellung wäre die Weiterentwicklung der in der Arbeit verwendeten Methodik und damit einer spezifischen Auswertemethode für diese Art von Studien.

Hinsichtlich der Fragebogenstudie wäre eine Erweiterung der Umfrage auf weitere Teilnehmer von Interesse. Da die bisherige Umfrage unter den Teilnehmern des *ICCEC*-

Kongresses durchgeführt wurde und damit eher Ethikberater aus dem akademischen Umfeld angesprochen wurden, wäre beispielsweise eine zusätzliche Befragung eher im klinischen Bereich tätiger Ethikberater interessant.

## 5. Zusammenfassung

Die gegenwärtige Medizin ist nicht zuletzt dank wissenschaftlicher Innovationen immer stärker geprägt von komplexen Entscheidungen mit ethischer Relevanz. Aus diesem Grund haben sich in den letzten Jahrzehnten Strukturen für die klinische Ethikberatung entwickelt, deren Hauptaufgabe die strukturierende, lösungs- und konsensorientierte Moderation klinisch-ethischer Fallbesprechungen zu anstehenden Therapieentscheidungen für individuelle Patienten ist [1]. Hierfür werden in der Regel Ablaufmodelle genutzt, welche dazu beitragen sollen, die Fallbesprechung zu strukturieren, alle relevanten Aspekte abzudecken und die ethisch am besten begründete Entscheidung zu fördern. Es wurde eine große Vielfalt solcher Modelle entwickelt, die sich in Umfang, Struktur und Inhalt beträchtlich unterscheiden. Bisher wurde nicht wissenschaftlich untersucht, welche Modelle zur Anwendung kommen, wie diese verwendet werden und wie sich Modelle und Moderatoren auf Verlauf und Ergebnis der Fallbesprechungen auswirken.

Diese Studie besteht aus drei Teilstudien. Es wurden Modelle klinisch-ethischer Fallbesprechung identifiziert und charakterisiert basierend auf den Resultaten einer Literaturanalyse und den Ergebnissen einer Fragebogenstudie. In der Fragebogenstudie wurden internationale Experten zur Verwendung der Modelle für die Fallbesprechung befragt. Schließlich wurden simulierte Fallbesprechungen zum selben Fall mit standardisierten Gesprächsteilnehmern und unterschiedlichen Moderatoren und Ablaufmodellen durchgeführt und analysiert.

Eine Vielzahl verschiedener Modelle der klinisch-ethischen Fallbesprechung wird international verwendet. Methodisch sind viele Modelle an den vier bioethischen Prinzipien der Fürsorge, Schadensvermeidung, Respekt vor der Autonomie und Gerechtigkeit orientiert. Einige Modelle legen einen hermeneutischen Ansatz zugrunde und zahlreiche Modelle haben keine spezifische theoretische Grundlage. Zur normativen Abwägung geben manche Modelle Kriterien vor, meist sind diese orientiert an den vier bioethischen Prinzipien. Nur wenige Modelle machen jedoch Angaben, wie bei Konflikten zwischen Normen gehandelt werden soll und wie Normen gegeneinander abgewogen werden sollen. Zu einer Vielzahl der Modelle wurden Leitfäden oder Protokolle veröffentlicht. Der Prozess der Ethikberatung wird in den Modellen sehr unterschiedlich detailliert geregelt. Viele Modelle enthalten Angaben zum Ablauf der Fallbesprechung, unter anderem zur Initiierung der Besprechung, den Teilnehmern, den Aufgaben des Moderators und der Dokumentation der Fallbesprechung.

Die überwiegende Mehrheit der Ethikberater in unserer Befragung folgt in den klinisch-ethischen Fallbesprechungen einer bestimmten Methode. Am häufigsten kommen die *Prinzipienorientierte Falldiskussion* nach Marckmann und Mayer [38], die *Nimwegener Methode* nach Steinkamp und Gordijn [58] und der *Basler Leitfaden* nach Reiter-Theil [46] zur Anwendung. Meist verwenden die Ethikberater während der Fallbesprechung keine gedruckte Version der Methode, sondern haben das Modell im Gedächtnis. Der überwiegende Anteil der Ethikberater in unserer Fragebogenstudie empfindet die Modelle als nützlich. Die wesentlichen Ziele der Methoden sind für die Ethikberater die Strukturierung der Diskussion, die Vergewisserung, dass keine relevanten Aspekte vergessen werden und die Förderung einer ethisch gut fundierten Analyse. Die Mehrzahl der Ethikberater in unserer Befragung geht davon aus, dass das Ergebnis der Fallbesprechung von der verwendeten Methode abhängt.

Die simulierten Fallbesprechungen führten alle zu einem Ergebnis, das zwischen den beiden extremen Handlungsoptionen lag, die sich aus dem Fall ergeben könnten. Die Resultate von Fallbesprechung A und B waren sich ähnlich, unterschieden sich jedoch in der Hinsicht, welche Bedeutung der Autonomie der Patientin beigemessen wurde. Das Ergebnis von Fallbesprechung C unterschied sich von den anderen beiden durch eine noch intensivere Berücksichtigung des Autonomieaspekts. In allen Besprechungen war es der Moderator, der das schließlich festgehaltene Ergebnis in das Gespräch einbrachte. Die Diskurse, die schließlich zu diesen Ergebnissen führten, zeigten jedoch deutliche Unterschiede. So kam in Fallbesprechung A das Ergebnis durch eine strukturierte Abwägung der Beteiligten zustande, in Fallbesprechung B wurde nach einer knappen Abwägung das Resultat als Konsens festgehalten und in Fallbesprechung C kam das Ergebnis zustande als die Gesprächsteilnehmer den Vorschlägen von Moderatorin C zustimmten. Die Diskurse unterschieden sich außerdem dadurch, wie der Respekt vor der Autonomie der Patientin in der ethischen Deliberation gewichtet wurde. Geringer waren die Unterschiede in der Bedeutung, die den Prinzipien der Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit in den Fallbesprechungen beigemessen wurden. Die Moderatoren wurden wie folgt typisiert: Moderator A strukturierte das Gespräch klar und sorgte für eine fundierte ethische Analyse, Bewertung und Synthese. Der Fokus von Moderatorin B lag auf einer pragmatischen Suche nach einem Konsens zwischen den Gesprächsteilnehmern. Moderatorin C zeigte ein äußerst empathisches Gesprächsverhalten und beeinflusste durch ihre Denkanstöße das Gesprächsergebnis maßgeblich.

Die Ähnlichkeit der Ergebnisse von Fallbesprechung A und B könnte darin begründet sein,

dass beide Gespräche nach dem gleichen Modell, der *Prinzipienorientierten Falldiskussion* [38], geleitet wurden. Es kann vermutet werden, dass der unterschiedliche Fokus der Resultate in der verschiedenen Art der Moderatoren lag, das Gespräch zu leiten. Das von diesen beiden Ergebnissen unterschiedliche Resultat der Fallbesprechung C ist möglicherweise dadurch bedingt, dass die Moderatorin sich mit Vorschlägen intensiv in das Gespräch einbrachte und durch die Orientierung am *Basler Modell* [46].

Ein Forschungsansatz, das sich an diese Arbeit anschließen könnte, wäre beispielsweise die Weiterentwicklung des Untersuchungsansatzes, der in der Fallbesprechungsstudie pilotiert wurde, insbesondere hinsichtlich der Auswertungsmethode.

Klinische Ethikberatung kann wichtige Unterstützung bei drängenden Problemen in der klinischen Arbeit bieten. Da Moderatoren und Ablaufmodelle der Fallbesprechungen Effekte auf das Ergebnis der Besprechungen haben und damit auf die klinische Praxis ist die Weiterentwicklung von Qualitätskriterien für die klinische Ethikberatung bedeutend.

## 6. Literaturverzeichnis

1. Akademie für Ethik in der Medizin. Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. *Ethik in der Medizin*. 2010;22(2):149-153.
2. Akademie für Ethik in der Medizin. Zertifizierung. [http://www.aem-online.de/index.php?new\\_kat=66&artikel\\_id=none](http://www.aem-online.de/index.php?new_kat=66&artikel_id=none). (aufgerufen am 16.10.2015)
3. Albisser Schleger H, Meyer-Zehnder B, Tanner S, et al. Ethik in der klinischen Alltagsroutine – METAP, ein Modell zur ethischen Entscheidungsfindung in interprofessionellen Teams. *Bioethica Forum*. 2014;7(1):27-36.
4. American Society for Bioethics and Humanities. *Core Competencies for Health Care Ethics Consultations*; 2006.
5. Bartholdson C, Pergert P, Helgesson G. Procedures for clinical ethics case reflections: an example from childhood cancer care. *Clinical Ethics*. 2014;9(2-3):87-95.
6. Bauer AW. Der Hippokratische Eid: Medizinhistorische Neuinterpretation eines (un)bekannten Textes im Kontext der Professionalisierung des griechischen Arztes. *Zeitschrift für medizinische Ethik*. 1995;41:141-148.
7. Baumann-Hölzle R. *7 Schritte Dialog: Ein Modell ethischer Entscheidungsfindung*. [http://dialog-ethik.ch/wp-content/uploads/2013/06/Dok\\_Schritte7Dialogneu.pdf](http://dialog-ethik.ch/wp-content/uploads/2013/06/Dok_Schritte7Dialogneu.pdf). (aufgerufen am 19.04.2015).
8. Baylor College of Medicine, Center for Medical Ethics and Health Policy. *Ethics Work-Up*; 2014.
9. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. 7. Auflage. New York [u.a.]: Oxford Univ. Press; 2013.
10. Behandlungsabbruch bei Anorexie? *Ethik in der Medizin*. 2010;22(2):131-132.
11. Bolt I, van den Hoven, Mariëtte, Blom L, Bouvy M. To dispense or not to dispense? Ethical case decision-making in pharmacy practice. *International Journal of Clinical Pharmacy*. 2015;37(6):978-981.
12. Bormann F. Ein integratives Modell für die ethische Fallbesprechung. *Zeitschrift für medizinische Ethik*. 2013;59(2):117-127.
13. Cadoré B, Boitte P, Zorilla S, Jaquemin D. *Pour une bioéthique clinique: Médicalisation de la société, questionnement éthique et pratiques de soins*. Villeneuve-d'Ascq: Presses universitaires du Septentrion; 2003. Les savoirs mieux; 19.
14. Childress JF, Faden RR, Gaare RD, et al. Public Health Ethics: Mapping the Terrain. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2002;30(2):170-178.
15. Dekkers W. Hermeneutics and Experiences of the Body: The Case of Low Back Pain. *Theoretical Medicine and Bioethics*. 1998;19(3):277-293.
16. Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V. (DEKV) und Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. *Ethik-Komitee im Krankenhaus*. Stuttgart; 1997.
17. Deutsch E, Lippert H. *Ethikkommission und klinische Prüfung: Vom Prüfplan zum Prüfvertrag*. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer; 1998.

18. Dörries A. The 4-Step Approach – Ethics case discussion in hospitals. *Diametros*. 2009;(22):39-46.
19. Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J, Hrsg. *Klinische Ethikberatung: Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2., überarb. und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 2010.
20. Dresing T., Pehl T. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 5. Auflage. Marburg: Eigenverlag; 2013.
21. Dubler NN, Webber MP, Swiderdki DM. Charting the Future: Credentialing, privileging, quality, and evaluation in clinical ethics consultation. *Hastings Center Report*. 2009;39(6):23-33.
22. DuBois JM. *Ethics in mental health research: Principles, guidance, and cases*. Oxford, New York: Oxford University Press; 2008.
23. Düwell M, Hübenthal C, Werner MH, Hrsg. *Handbuch Ethik*. 3., aktualisierte Auflage. Stuttgart [u.a.]: Metzler; 2011.
24. Førde R, Pedersen R. Clinical Ethics Committees in Norway: What Do They Do, and Does It Make a Difference? *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2011;20(03):389-395.
25. Fox E, Berkowitz KA, Chanko BL, Powell T. *Ethics Consultation: Responding to Ethics Questions in Health Care*. Washington, D.C.
26. Heinemann W. *Ethische Fallbesprechung*. 1. Auflage. Köln; 2005.
27. Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, et al. Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *Journal of Medical Ethics*. 2007;33(1):51-57.
28. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. 7th ed. New York: McGraw-Hill Medical; 2010.
29. Jox RJ. Certification of Healthcare Ethics Consultants: the German Model; 12<sup>th</sup> International Conference for Clinical Ethics Consultation; 19.-22.5. 2016; Washington, D.C.
30. Klinikum der Universität München. Klinisches Ethikkomitee. [http://www.klinikum.uni-muenchen.de/de/das\\_klinikum/zentrale-bereiche/ethikkomitee/index.html](http://www.klinikum.uni-muenchen.de/de/das_klinikum/zentrale-bereiche/ethikkomitee/index.html). (aufgerufen am 20.11.2016).
31. Kodish E, Fins JJ, Braddock C, et al. Quality Attestation for Clinical Ethics Consultants: A Two-Step Model from the American Society for Bioethics and Humanities. *Hastings Center Report*. 2013;43(5):26-36.
32. Loyola University Chicago. Assessing Clinical Ethics Skills (ACES) Scoring Rubric. 2014. (aufgerufen am 18.10.2016).
33. MacIntyre AC. *After Virtue: A Study in Moral Theory*. 3rd ed. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 2007.
34. MacIntyre AC. *Whose justice? Which rationality?* Notre Dame, Ind: University of Notre Dame Press; 1988.
35. Magelssen M, Pedersen R, Førde R. Four Roles of Ethical Theory in Clinical Ethics Consultation. *The American Journal of Bioethics*. 2016;16(9):26-33.



36. Marckmann G, Hrsg. *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. 1. Auflage. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2015.
37. Marckmann G. Klinische Ethikberatung und ethische Entscheidungsfindung in der Neuromedizin. In: Jox RJ, Erbguth F, Hrsg. *Angewandte Ethik in der Neuromedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2017:26-37.
38. Marckmann G, Mayer F. Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. *Der Onkologe*. 2009;15(10):980-988.
39. Miller FG, Fletcher JC, Fins JJ. Clinical Pragmatism: A Case Method of Moral Problem Solving. In: Fletcher JC, Boyle R, Hrsg. *Fletcher's introduction to clinical ethics*. 3rd ed. Hagerstown, Md: University Pub. Group; 2005:21-38.
40. Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *Journal of Medical Ethics*. 2008;34(2):120-124.
41. Newson AJ, McDougall R. Do We Need Ethical Theory to Achieve Quality Critical Engagement in Clinical Ethics? *The American Journal of Bioethics*. 2016;16(9):43-45.
42. Orr RD, Shelton W. A Process and Format for Clinical Ethics Consultation. *Journal of Clinical Ethics*. 2009;20(1):79-89.
43. Paulsen JE. A Narrative Ethics of Care. *Health Care Analysis*. 2011;19(1):28-40.
44. Pearlman RA, Foglia MB, Fox E, Cohen JH, Chanko BL, Berkowitz KA. Ethics Consultation Quality Assessment Tool: A Novel Method for Assessing the Quality of Ethics Case Consultations Based on Written Records. *American Journal of Bioethics*. 2016;16(3):3-14.
45. Reiter-Theil S. Dealing with the Normative Dimension in Clinical Ethics Consultation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 2009;18(04):347.
46. Reiter-Theil S. Klinische Ethikkonsultation – eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2005;86(6):346-352.
47. Richter G. Ethics Consultation at the University Medical Center — Marburg. *Health Care Ethics Committee Forum*. 2001;13(3):294-305.
48. Saldaña J. *The coding manual for qualitative researchers*. Second edition. Los Angeles [i.e. Thousand Oaks, Calif]: SAGE Publications; 2013.
49. Salomon F. Leben erhalten und Sterben ermöglichen. *Der Anaesthesist*. 2006;55(1):64-69.
50. Sass H, Viefhues H. *Bochumer Arbeitsbogen zur medizinethischen Praxis: Wissenschaftliche und ethische Analyse zur Behandlung eines medizinischen Falles*. Bochum; 1987. Medizinische Materialien Bochum; Heft 2.
51. Scheule R. *MEFES: Multidisziplinäre ethische Fallbesprechung in schwierigen Entscheidungssituationen*; 2008.
52. Schochow M, May A, Schnell D, Steger F. Wird Klinische Ethikberatung in Krankenhäusern in Deutschland implementiert? *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 2014;139(43):2178-2183.

53. Schwitalla J. *Gesprochenes Deutsch: Eine Einführung*. 4. Auflage. Berlin: Erich Schmidt Verlag; 2012. Grundlagen der Germanistik; 33.
54. Simon A, May AT, Neitzke G. Curriculum „Ethikberatung im Krankenhaus“. *Ethik in der Medizin*. 2005;17(4):322-326.
55. Simon A, Neitzke G. Medizinethische Aspekte der Klinischen Ethikberatung. In: Dörries A, Neitzke G, Simon A, Vollmann J, Hrsg. *Klinische Ethikberatung: Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege*. 2., überarb. und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer; 2010:22-37.
56. Steinkamp N, Gordijn B. Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2003;6(3):235-246.
57. Steinkamp N, Gordijn B. *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung: Ein Arbeitsbuch*. 2. Auflage. Neuwied, München [u.a.]: Luchterhand; 2005.
58. Steinkamp N, Gordijn B. Die Nimwegener Methode für ethische Fallbesprechungen. *Rheinisches Ärzteblatt*. 2000;(5):22-23.
59. Tetsuro Shimizu. Withdrawal of life-support from ALS patients in so called totally locked in state: from the viewpoint of clinical ethics. *Rinsho Shinkeigaku*. 2010;50(11):1029-1030.
60. Viafora C. Toward a methodology for the ethical analysis of clinical practice. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 1999;2(3):283-297.
61. Vollmann J. Ethik in der klinischen Medizin. *Ethik in der Medizin*. 2006;18(4):348-352.
62. Walker T. What principlism misses. *Journal of Medical Ethics*. 2009;35(4):229-231.
63. Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Stellungnahme "Ethikberatung in der klinischen Medizin". *Deutsches Ärzteblatt*. 2006;103(24):A 1703-1704.

## 7. Anhang

### 7.1. Charakterisierung von Modellen klinisch-ethischer Fallbesprechung

|  | Philosophischer/<br>theoretischer<br>Ansatz | Form      | Prozessregeln  | Teilnehmer  | Methode der<br>Informationssammlung  | Ermittlung<br>von (Be-)<br>Handlungs-<br>optionen | Normative Abwägung  |  |
|--|---|-----------|--|---|--|---|---|--|
|  |   |           |  |   |  |   | Nennung<br>ethischer<br>Prinzipien/<br>anderer<br>Kriterien zur<br>normativen<br>Abwägung | Angaben zur<br>Anwendung der<br>Prinzipien/<br>Kriterien bzw.<br>zum Vorgehen bei<br>Konflikt zwischen<br>den Prinzipien/<br>Kriterien |
| <b>Bochumer<br/>Arbeitsbogen<br/>(Sass/Viefhues)</b>       | Prinzipien-basiert                          | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten   | Keine Angaben   | Feststellung der<br>medizinisch-<br>wissenschaftlichen und<br>medizinethischen<br>Befunde                                | Ja  | Ja  | Nein   |
| <b>7 Schritte Dialog<br/>(Baumann-Hölzle)</b>              | Prinzipien-basiert                          | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten, Umsetzung,<br>Kommunikation<br>und Überprüfung<br>der Entscheidung | Keine Angaben   | Berücksichtigung von<br>medizinischen und<br>pflegerischen<br>Informationen und der<br>Erfahrung mit ähnlichen<br>Fällen | Ja  | Ja  | Nein   |
| <b>Nimwegener<br/>Methode<br/>(Steinkamp/<br/>Gordijn)</b> | Prinzipien-basiert                          | Text      | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten und den<br>Aufgaben des<br>Moderators                               | Teilnahme<br>eines<br>Moderators,<br>außerdem<br>Ärzte,<br>Pflegepersonal<br>und andere | Berücksichtigung<br>ärztlicher, pflegerischer<br>und lebensanschaulicher<br>Aspekte                                      | Nein  | Ja  | Nein   |

|  | Philosophischer/<br>theoretischer<br>Ansatz | Form                    | Prozessregeln   | Teilnehmer  | Methode der<br>Informationssammlung  | Ermittlung<br>von (Be-)<br>Handlungs-<br>optionen | Normative Abwägung  |  |
|--|---|-------------------------|---|---|--|---|---|--|
|  |   |                         |   |   |  |   | Nennung<br>ethischer<br>Prinzipien/<br>anderer<br>Kriterien zur<br>normativen<br>Abwägung | Angaben zur<br>Anwendung der<br>Prinzipien/<br>Kriterien bzw.<br>zum Vorgehen bei<br>Konflikt zwischen<br>den Prinzipien/<br>Kriterien |
| <b>Basler Modell<br/>(Reiter-Theil)</b>            | Prinzipien-basiert                          | Protokoll,<br>Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten, Erstellung<br>des Protokolls und<br>Dokumentation   | Keine Angaben   | Berücksichtigung<br>medizinischer,<br>pflegerischer, ethischer,<br>rechtlicher,<br>psychologischer und<br>weiterer Aspekte,<br>Systematischer<br>Perspektivenwechsel   | Nein  | Ja  | Nein   |
| <b>Ethische<br/>Fallbesprechung<br/>(Malteser)</b> | Prinzipien-basiert                          | Protokoll,<br>Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten, zur Initiative<br>zur ethischen<br>Fallbesprechung,<br>zu den Aufgaben<br>des Moderators,<br>der<br>Gesprächsstruktur<br>und der<br>Dokumentation | Teilnahme<br>eines<br>geschulten<br>Moderators und<br>des<br>Behandlungstea-<br>ms,<br>Evtl. partielle<br>Teilnahme des<br>Patienten/ eines<br>Vertreterers im<br>Rahmen der<br>Fakten-<br>sammlung | Berücksichtigung<br>medizinischer,<br>pflegerischer,<br>psychosozialer,<br>spiritueller,<br>organisatorischer und<br>ökonomischer<br>Gesichtspunkte,<br>Angaben zur Ermittlung<br>des mutmaßlichen<br>Patientenwillens | Ja  | Ja  | Nein   |

|   | Philosophischer/<br>theoretischer<br>Ansatz | Form      | Prozessregeln   | Teilnehmer  | Methode der<br>Informationssammlung  | Ermittlung<br>von (Be-)<br>Handlungs-<br>optionen | Normative Abwägung  |  |
|---|---|-----------|---|---|--|---|---|--|
|   |   |           |   |   |  |   | Nennung<br>ethischer<br>Prinzipien/<br>anderer<br>Kriterien zur<br>normativen<br>Abwägung | Angaben zur<br>Anwendung der<br>Prinzipien/<br>Kriterien bzw.<br>zum Vorgehen bei<br>Konflikt zwischen<br>den Prinzipien/<br>Kriterien |
| <b>Weg zur ethisch<br/>begründeten<br/>Entscheidung für<br/>oder gegen den<br/>Einsatz einer<br/>Therapie<br/>(Salomon)</b> | Prinzipien-basiert                          | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten, zur<br>Dokumentation,<br>Supervision und<br>Verwendung des<br>Modells für<br>gemeinsame<br>Entscheidungen in<br>Konferenzen/<br>Visiten oder als<br>Überlegungshilfe<br>für alleine<br>getroffene<br>Entscheidungen<br>des behandelnden<br>Arztes | Keine Angaben   | Berücksichtigung der<br>medizinischen Situation,<br>der Interessen und<br>Wertvorstellungen des<br>Patienten und der<br>Pflichten der<br>Behandelnden,<br>Einbeziehung<br>patientenbezogener<br>Informationen von<br>Pflegerinnen und<br>Angehörigen | Nein  | Ja  | Nein   |
| <b>Prinzipienorientie-<br/>rte Falldiskussion<br/>(Marckmann/<br/>Mayer)</b>  | Prinzipien-basiert                          | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten  | Teilnahme aller<br>an der<br>Behandlung des<br>Patienten<br>beteiligten<br>Berufsgruppen<br>und<br>Fachdisziplinen<br>und eines<br>moderierenden<br>Ethikberaters | Integration der<br>unterschiedlichen<br>Perspektiven der<br>beteiligten<br>Berufsgruppen,<br>Sammlung der für die<br>Entscheidung relevanten<br>Informationen über den<br>Patienten  | Ja  | Ja  | Ja   |

|   | Philosophischer/<br>theoretischer<br>Ansatz | Form      | Prozessregeln  | Teilnehmer    | Methode der<br>Informationssammlung   | Ermittlung<br>von (Be-)<br>Handlungs-<br>optionen | Normative Abwägung  |  |
|---|---|-----------|--|---------------|---|---|---|--|
|   |   |           |  |               |   |   | Nennung<br>ethischer<br>Prinzipien/<br>anderer<br>Kriterien zur<br>normativen<br>Abwägung | Angaben zur<br>Anwendung der<br>Prinzipien/<br>Kriterien bzw.<br>zum Vorgehen bei<br>Konflikt zwischen<br>den Prinzipien/<br>Kriterien |
| <b>Providence Model<br/>for clinical ethical<br/>decision-making<br/>(Providence<br/>Center for Health<br/>Care Ethics)</b> | Prinzipien-basiert                          | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten und zur<br>Initiative zur<br>Fallbesprechung  | Keine Angaben | Identifizierung des<br>ethischen Problems, der<br>involvierten Personen<br>und der relevanten<br>Fakten (medizinische<br>Angaben, Patienten-<br>wünsche, Lebensqualität,<br>Kontext-faktoren) | Ja  | Ja  | Nein   |
| <b>Integratives<br/>Fallbesprechungs<br/>modell<br/>(Bormann)</b>   | Prinzipien-basiert                          | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten, zu reaktiven/<br>prospektiven und<br>internen/ externen<br>Nutzungsmöglichk-<br>eiten des Modells<br>und zur Rolle des<br>Moderators | Keine Angaben | Darstellung<br>biographischer Faktoren<br>des Patienten und<br>medizinischer,<br>pflegerischer, rechtlicher<br>und ökonomischer<br>Informationen  | Nein  | Ja  | Ja   |

|  | Philosophischer/<br>theoretischer<br>Ansatz         | Form                    | Prozessregeln  | Teilnehmer   | Methode der<br>Informationssammlung  | Ermittlung<br>von (Be-)<br>Handlungs-<br>optionen | Normative Abwägung  |  |
|--|---|-------------------------|--|--|--|---|---|--|
|  |   |                         |  |  |  |   | Nennung<br>ethischer<br>Prinzipien/<br>anderer<br>Kriterien zur<br>normativen<br>Abwägung | Angaben zur<br>Anwendung der<br>Prinzipien/<br>Kriterien bzw.<br>zum Vorgehen bei<br>Konflikt zwischen<br>den Prinzipien/<br>Kriterien |
| <b>EMMA<br/>(May et al.)</b>                               | Prinzipien-basiert                                  | Leitfaden               | Angaben zu<br>konkreten<br>Besprechungsschri-<br>tten  | Teilnahme<br>eines Leiters<br>der<br>Ethikberatung<br>und der<br>ratsuchenden<br>Gruppe,<br>eventuell<br>Teilnahme von<br>Angehörigen,<br>rechtlichen<br>Betreuern oder<br>Vorsorgebevoll-<br>mächtigten | Zuerst intuitiv-<br>emotionale Beschreibung<br>der Problematik durch<br>einen der Teilnehmer,<br>dann systematische<br>Informationserhebung<br>(medizinische,<br>pflegerische,<br>psychosoziale Aspekte,<br>Wille des Patienten,<br>Aspekte der Privatheit<br>und des Lebensstils) | Nein  | Ja  | Nein   |
| <b>4-Boxes-Approach<br/>(Jonsen/Winslade/<br/>Siegler)</b> | Prinzipien-basiert                                  | Leitfaden               | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten   | Keine Angaben  | Ermittlung von<br>medizinischen Angaben,<br>Präferenzen und<br>Lebensqualität des<br>Patienten und<br>Kontextfaktoren  | Ja  | Ja  | Nein   |
| <b>METAP<br/>(Albisser-Schleger<br/>et al.)</b>            | Prinzipien-basiert<br>und<br>Pädagogisch<br>basiert | Protokoll,<br>Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten, Darstellung<br>eines<br>Eskalationsmodell-<br>s zur schrittweisen<br>Problemlösung | Stufe 1-3:<br>klinisches<br>Team, Stufe 4:<br>zusätzlich<br>professioneller<br>Ethiker   | Sammlung relevanter<br>Informationen (zu<br>Behandlung, Patient und<br>sozialem Umfeld) durch<br>das Behandlungs-team<br>anhand einer Checkliste   | Ja  | Ja  | Nein   |

|  | Philosophischer/<br>theoretischer<br>Ansatz                   | Form      | Prozessregeln   | Teilnehmer    | Methode der<br>Informationssammlung  | Ermittlung<br>von (Be-)<br>Handlungs-<br>optionen | Normative Abwägung  |  |
|--|---|-----------|---|---------------|--|---|---|--|
|  |   |           |   |               |  |   | Nennung<br>ethischer<br>Prinzipien/<br>anderer<br>Kriterien zur<br>normativen<br>Abwägung | Angaben zur<br>Anwendung der<br>Prinzipien/<br>Kriterien bzw.<br>zum Vorgehen bei<br>Konflikt zwischen<br>den Prinzipien/<br>Kriterien |
| <b>Lanza Foundation<br/>Protocol<br/>(Viafora)</b>               | Integration<br>normativer und<br>hermeneutischer<br>Methodik  | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten und zur<br>Verwendung des<br>Modells in der<br>klinischen<br>Ethikkonsultation<br>und in<br>Schulungsprogram-<br>men | Keine Angaben | Berücksichtigung aller<br>für die klinische<br>Situation relevanter<br>Aspekte (biologisch,<br>medizinisch, persönlich<br>und ethisch) | Ja  | Ja  | Ja   |
| <b>Hermeneutic<br/>Method<br/>(Dekkers)</b>                      | Hermeneutisch   | Text      | Grundsätzliche<br>Angaben zum<br>Gesprächsablauf  | Keine Angaben | Keine Angaben  | Nein  | Nein  | Nein   |
| <b>Moral Case<br/>Deliberation<br/>(Widdershoven et<br/>al.)</b> | Pragmatisch-<br>hermeneutischer<br>und dialogischer<br>Ansatz | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten  | Keine Angaben | Keine Angaben  | Ja  | Nein  | Nein   |



|  | Philosophischer/<br>theoretischer<br>Ansatz | Form      | Prozessregeln  | Teilnehmer   | Methode der<br>Informationssammlung   | Ermittlung<br>von (Be-)<br>Handlungs-<br>optionen | Normative Abwägung  |  |
|--|---|-----------|--|--|---|---|---|--|
|  |   |           |  |  |   |   | Nennung<br>ethischer<br>Prinzipien/<br>anderer<br>Kriterien zur<br>normativen<br>Abwägung | Angaben zur<br>Anwendung der<br>Prinzipien/<br>Kriterien bzw.<br>zum Vorgehen bei<br>Konflikt zwischen<br>den Prinzipien/<br>Kriterien |
| <b>Karolinska model<br/>for ethical analysis<br/>(modified version)<br/>(Bartholdson et<br/>al.)</b> | Induktiv,<br>fallbasiert                    | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten, zur Initiative<br>zur ethischen<br>Fallbesprechung,<br>zu Vorbereitungen,<br>zur Rolle des<br>Moderators und<br>zur<br>Dokumentation | Teilnahme<br>eines<br>Moderators, des<br>interdisziplinär<br>en<br>Behandlungsteams,<br>evtl. auch<br>anderen<br>Fachpersonals<br>wie<br>Psychologen<br>oder<br>Sozialarbeiter,<br>keine<br>Teilnahme von<br>Patienten oder<br>Angehörigen | Kurze Fallpräsentation<br>durch einen der Ärzte,<br>Hinzufügen von Details<br>durch andere Teilnehmer<br>wie medizinische,<br>rechtliche, kulturelle,<br>religiöse oder<br>psychologische Aspekte,<br>Identifizierung des<br>ethischen Problems, der<br>involvierten Parteien, der<br>relevanten Interessen,<br>Werte und moralischen<br>Prinzipien | Ja  | Nein  | Nein   |
| <b>Narrative Ethics<br/>of Care<br/>(Paulsen)</b>  | Narrativ                                    | Text      | Grundsätzliche<br>Angaben zum<br>Gesprächsablauf   | Keine Angaben  | Keine Angaben   | Nein  | Nein  | Nein   |

|   | Philosophischer/<br>theoretischer<br>Ansatz   | Form      | Prozessregeln  | Teilnehmer  | Methode der<br>Informationssammlung   | Ermittlung<br>von (Be-)<br>Handlungs-<br>optionen | Normative Abwägung  |  |
|---|---|-----------|--|---|---|---|---|--|
|   |   |           |  |   |   |   | Nennung<br>ethischer<br>Prinzipien/<br>anderer<br>Kriterien zur<br>normativen<br>Abwägung | Angaben zur<br>Anwendung der<br>Prinzipien/<br>Kriterien bzw.<br>zum Vorgehen bei<br>Konflikt zwischen<br>den Prinzipien/<br>Kriterien |
| <b>Clinical<br/>Pragmatism<br/>(Miller/ Fletcher/<br/>Fins)</b> | Klinischer<br>Pragmatismus  | Leitfaden | Angaben zur<br>Anwendung des<br>Modells zur<br>prospektiven und<br>retrospektiven<br>Besprechung,<br>Angaben zur Rolle<br>des Moderators | Keine Angaben   | Sammlung der<br>medizinischen Fakten,<br>Kontextfaktoren,<br>Fähigkeiten, Präferenzen<br>und Bedürfnisse des<br>Patienten, Informationen<br>zu stellvertretenden<br>Entscheidungsträgern,<br>konkurrierenden<br>Interessen,<br>institutionellen Faktoren,<br>Machtangelegenheiten                                   | Ja  | Nein  | Nein   |
| <b>Marburger Modell<br/>(Gerdes/Richter)</b>                    | Klinischer<br>Pragmatismus<br>(Integration der<br>klinischen und<br>ethischen<br>Entscheidungsfindung,<br>induktives<br>Modell) | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschritten  | Teilnahme an<br>der Ethik-<br>Visite: Ethik-<br>Konsiliarius,<br>Oberarzt,<br>Stationsärzte,<br>Medizinstudenten,<br>Pflegepersonal | Sammlung von<br>medizinischen Fakten,<br>Informationen zu<br>Präferenzen,<br>Entscheidungsfähigkeit,<br>Glauben, Werte,<br>Wünsche und<br>Bedürfnisse des<br>Patienten im Kontext der<br>familiären Situation, ggf.<br>Identifikation eines<br>Patientenvertreters,<br>Besprechung der<br>institutionellen Faktoren | Ja  | Nein  | Nein   |



|   | Philosophischer/<br>theoretischer<br>Ansatz    | Form      | Prozessregeln  | Teilnehmer                                     | Methode der<br>Informationssammlung   | Ermittlung<br>von (Be-)<br>Handlungs-<br>optionen | Normative Abwägung  |  |
|---|--|-----------|--|--|---|---|---|--|
|   |  |           |  |  |   |   | Nennung<br>ethischer<br>Prinzipien/<br>anderer<br>Kriterien zur<br>normativen<br>Abwägung | Angaben zur<br>Anwendung der<br>Prinzipien/<br>Kriterien bzw.<br>zum Vorgehen bei<br>Konflikt zwischen<br>den Prinzipien/<br>Kriterien |
| <b>Socratic Dialogue<br/>(Steinkamp/Gordijn)</b>              | Sokratischer<br>Dialog                         | Text      | Grundsätzliche<br>Angaben zum<br>Gesprächsablauf,<br>Angaben zu den<br>Aufgaben des<br>Moderators und<br>zum Verhalten der<br>Teilnehmer             | Teilnahme<br>eines<br>geschulten<br>Moderators | Erörterung aller Aspekte<br>des Falls, die für die<br>diskutierte<br>philosophische Frage<br>relevant sind  | Nein  | Nein  | Nein   |
| <b>SME-Modell<br/>(Zentrum für<br/>Medizinethik<br/>Oslo)</b> | Kein spezifischer<br>philosophischer<br>Ansatz | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschritten,<br>zur Initiative zur<br>Fallbesprechung,<br>zu Vorbereitungen,<br>prospektiven und<br>retrospektiven<br>Fällen | Angaben zur<br>Teilnahme                       | Alle beteiligten Personen<br>sollen entweder<br>anwesend sind oder auf<br>andere Weise<br>Informationen zur<br>Diskussion beitragen<br>Unsicherheiten in<br>medizinischen Aspekten<br>sollen identifiziert<br>werden und<br>möglicherweise eine<br>zweite Meinung<br>eingeholt werden | Ja  | Nein  | Nein   |

|   | Philosophischer/<br>theoretischer<br>Ansatz    | Form      | Prozessregeln   | Teilnehmer   | Methode der<br>Informationssammlung  | Ermittlung<br>von (Be-)<br>Handlungs-<br>optionen | Normative Abwägung  |  |
|---|--|-----------|---|--|--|---|---|--|
|   |  |           |   |  |  |   | Nennung<br>ethischer<br>Prinzipien/<br>anderer<br>Kriterien zur<br>normativen<br>Abwägung | Angaben zur<br>Anwendung der<br>Prinzipien/<br>Kriterien bzw.<br>zum Vorgehen bei<br>Konflikt zwischen<br>den Prinzipien/<br>Kriterien |
| <b>4-Step-Approach<br/>(Dörries)</b>  | Kein spezifischer<br>philosophischer<br>Ansatz | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten, zum Ablauf<br>der<br>Fallbesprechung,<br>zur<br>Dokumentation<br>und der Rolle des<br>Moderators  | Teilnahme<br>eines<br>geschulten<br>Moderators, an<br>der Behandlung<br>und Pflege des<br>Patienten<br>beteiligte<br>Berufsgruppen,<br>eventuell<br>Angehörige | Darstellung<br>medizinischer und<br>pflegerischer<br>Informationen und<br>rechtlicher<br>Verpflichtungen   | Ja  | Ja  | Nein   |
| <b>Ethics Work-up<br/>(Baylor College of<br/>Medicine, Center<br/>for Medical Ethics<br/>and Health Policy)</b> | Kein spezifischer<br>philosophischer<br>Ansatz | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten  | Keine Angaben  | Identifizierung aller<br>relevanten Fakten   | Ja  | Nein  | Nein   |
| <b>CASES<br/>(Fox et al.)</b>   | Kein spezifischer<br>philosophischer<br>Ansatz | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten, zur<br>Entscheidung, ob<br>der Fall für eine<br>ethischer<br>Fallbesprechung<br>geeignet ist etc. | Eventuell<br>Teilnahme des<br>Patienten  | Sammlung von<br>medizinischen Fakten,<br>Präferenzen und<br>Interessen des Patienten,<br>Präferenzen und<br>Interessen anderer<br>Beteiligter, ethisches<br>Wissen | Ja  | Ja  | Nein   |

|  | Philosophischer/<br>theoretischer<br>Ansatz    | Form      | Prozessregeln  | Teilnehmer   | Methode der<br>Informationssammlung  | Ermittlung<br>von (Be-)<br>Handlungs-<br>optionen | Normative Abwägung  |  |
|--|--|-----------|--|--|--|---|---|--|
|  |  |           |  |  |  |   | Nennung<br>ethischer<br>Prinzipien/<br>anderer<br>Kriterien zur<br>normativen<br>Abwägung | Angaben zur<br>Anwendung der<br>Prinzipien/<br>Kriterien bzw.<br>zum Vorgehen bei<br>Konflikt zwischen<br>den Prinzipien/<br>Kriterien |
| <b>MEFES<br/>(Scheule)</b>                   | Kein spezifischer<br>philosophischer<br>Ansatz | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten, und zur<br>Initiative zur<br>Fallbesprechung | Teilnahme<br>eines<br>Moderators,<br>Vertreter aller<br>mit dem<br>Patienten<br>befassten<br>Berufsgruppen,<br>evtl.<br>Angehörige | Sammlung relevanter<br>Informationen (zu<br>Entscheidungsproblem,<br>Patientenwille,<br>medizinischen Fakten,<br>berufsspezifischer<br>Verlaufsbeurteilung,<br>lebensweltlichen<br>Bezügen und<br>Sinnperspektive) durch<br>das Behandlungsteam<br>anhand einer Checkliste<br>zur Vorbereitung | Ja  | Nein  | Nein   |
| <b>Lille Model<br/>(Cadoré et al.)</b>       | Kein spezifischer<br>philosophischer<br>Ansatz | Text      | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten   | Möglicherweise<br>Teilnahme von<br>Personen aus<br>dem nicht-<br>medizinischen<br>Bereich  | Ermittlung der<br>beteiligten Personen und<br>ihrer Beziehungen, der<br>Geschichte und der<br>Beziehungen des<br>Patienten und der<br>entscheidenden<br>medizinischen Faktoren   | Ja  | Nein  | Nein   |
| <b>So Far No<br/>Objections<br/>(DuBois)</b> | Kein spezifischer<br>philosophischer<br>Ansatz | Text      | Angaben zu<br>Schritten der<br>Fallanalyse   | Keine Angaben  | Ermittlung der<br>involvierten Personen<br>und relevanten Fakten<br>und Normen   | Ja  | Ja  | Ja   |

|  | Philosophischer/<br>theoretischer<br>Ansatz    | Form      | Prozessregeln  | Teilnehmer   | Methode der<br>Informationssammlung   | Ermittlung<br>von (Be-)<br>Handlungs-<br>optionen | Normative Abwägung  |  |
|--|--|-----------|--|--|---|---|---|--|
|  |  |           |  |  |   |   | Nennung<br>ethischer<br>Prinzipien/<br>anderer<br>Kriterien zur<br>normativen<br>Abwägung | Angaben zur<br>Anwendung der<br>Prinzipien/<br>Kriterien bzw.<br>zum Vorgehen bei<br>Konflikt zwischen<br>den Prinzipien/<br>Kriterien |
| <b>A Process and<br/>Format for<br/>Clinical Ethics<br/>Consultation<br/>(Orr/Shelton)</b> | Kein spezifischer<br>philosophischer<br>Ansatz | Text      | Vor allem<br>Angaben zur<br>Dokumentation<br>der Besprechung,<br>außerdem<br>Angaben zur<br>Initiative zur<br>Fallbesprechung,<br>zur Organisation<br>der Besprechung, | Einbindung des<br>Patienten,<br>seiner Familie,<br>Vertreter aller<br>mit dem<br>Patienten<br>befassten<br>Berufsgruppen | Vor der Besprechung:<br>Durchsehen der<br>Krankenakte, Gespräche<br>mit dem<br>Behandlungsteam und<br>anderen Berufsgruppen,<br>dem Patienten und seiner<br>Familie | Ja  | Nein  | Nein   |
| <b>EIGER<br/>(Porz et al.)</b>   | Kein spezifischer<br>philosophischer<br>Ansatz | Leitfaden | Angaben zu<br>Besprechungsschri-<br>tten   | Keine Angaben  | Darstellung der<br>relevanten Fakten, Werte<br>und Emotionen  | Ja  | Nein  | Nein   |

## 7.2. Fragebogen

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
|  | LUDWIG-<br>MAXIMILIANS-<br>UNIVERSITÄT<br>MÜNCHEN | INSTITUTE OF ETHICS, HISTORY AND THEORY<br>OF MEDICINE, UNIVERSITY OF MUNICH, GERMANY<br><br>DIRECTOR:<br>PROFESSOR GEORG MARCKMANN, MD, MPH |  |
|---|---|--|---|

### Survey on Methods of Ethics Case Consultation

Individual case consultation is a major task of clinical ethicists. When ethically difficult or controversial medical decisions have to be made, ethics consultants may be called to facilitate decision making by moderating case discussions with the clinical team and sometimes also the patients and/or their families. Various models or methods have been published that should help to structure this moderation and assist in the ethical analysis (e.g. 4-Box-Model, Nijmegen Model). Our aims are to identify the most commonly used methods of ethics case consultation, comparatively review them and elicit the ethics consultants' attitudes towards them.

*If you work as a health care ethics consultant in any way (regardless of the institution and setting), please take 5-10 minutes to complete this short questionnaire. All data is gathered and processed anonymously. Please deposit the completed questionnaire at the registration desk or hand it in to a member of the ICCEC staff who will pass it on to the Principal Investigator.*

If you have any questions, please contact the Principal Investigator:

**Ralf J. Jox, MD, PhD**

Assistant Professor for Medical Ethics

Institute of Ethics, History and Theory of Medicine

University of Munich, Germany

Phone: +49 163 4201346, E-Mail: ralf.jox@med.lmu.de

1. Have you done **any form of ethics case consultation** in a health care setting so far?

☐ Yes ☐ No

2. Do you **follow any method, structure, or formal approach** in your ethics case consultations?

☐ Yes ☐ No

3. **Which method(s)** have you applied in ethics case consultation so far? You may mention more than one. Please add any method not listed here and be specific about the name.

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 4-Boxes-Approach (Jonsen/Winslade/Siegler)     | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> Basel Guideline (Reiter-Theil)                 | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> Bochum Model (Sass et al.)                     | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> CASES (Fox et al.)                             | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> Moral Case Deliberation (Widdershoven et al.)  | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> Nurses Process Approach                        | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> Nijmegen Model (Steinkamp/Gordijn)             | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |
| <input type="checkbox"/> Principle-Oriented Case Discussion (Marckmann) | → | <input type="checkbox"/> original version | <input type="checkbox"/> adapted version |

☐ Other: \_\_\_\_\_

☐ Other: \_\_\_\_\_

☐ Other: \_\_\_\_\_

☐ Self-made method

4. If you have used any method(s) that you added in the above question, please specify **how this method(s) can be accessed** by us (e.g. mention book, article, website, name, e-mail address):

Model: \_\_\_\_\_ → Accessible via: \_\_\_\_\_

Model: \_\_\_\_\_ → Accessible via: \_\_\_\_\_

Model: \_\_\_\_\_ → Accessible via: \_\_\_\_\_

Address:  
Lessingstrasse 2  
80336 Munich

How to reach us:  
Bus: 58 Beethovenplatz  
Subway: U1, U2 Sendlinger Tor  
U3, U6 Goetheplatz

Bayerische Landesbank München  
Kto. 24 868 BLZ 700 500 00  
UST-IdNr. DE 811 205 325

5. In what way do you use a method of ethics case consultation?

- ☐ I use a protocol sheet that is being filled in during the case discussion  
☐ I use a printed version that I look at during the case discussion  
☐ I have the method in my head, but do not use a printed version of it  
☐ I use it in another way: \_\_\_\_\_

6. Which methods of ethics case consultation are **most commonly used** in your country?

- 1) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

7. In general, **how helpful** are such methods in doing ethics case consultation?

- ☐ Very helpful  
☐ Moderately helpful  
☐ Slightly helpful  
☐ Not helpful

8. What do you think are the **primary goals** of such methods? (*Multiple answers possible*)

- ☐ To structure the discussion  
☐ To make sure that no relevant point or perspective is missed  
☐ To facilitate an ethically sound analysis  
☐ To prepare the ethics consultant for a specific case discussion  
☐ To educate ethics consultants independent of any specific case consultation  
☐ To \_\_\_\_\_  
☐ To \_\_\_\_\_

9. Do you think that **the result (the decision)** of an ethics case consultation will depend upon the method that is being used?

- ☐ Yes                      ☐ No

→ Please also answer some questions regarding your work:

10. In which **health care setting** do you perform ethics case consultation? (*Multiple answers possible*)

- ☐ In a hospital  
☐ In a long-term care facility (e.g. nursing home)  
☐ In an outpatient setting  
☐ In another setting: \_\_\_\_\_

11. Does the institution you work for (e.g. the hospital) **provide any specific method** for ethics case consultation?

- ☐ Yes                      ☐ No

12. In which **country** do you work?

In \_\_\_\_\_

13. What is your original **profession/professional training**?

- ☐ Nurse  
☐ Physician  
☐ Philosopher  
☐ Other: \_\_\_\_\_

14. What is your **gender**:      ☐ female      ☐ male      ☐ other

15. What is your **age**:      \_\_\_\_\_ years

Thank you very much for your participation!



### **7.3. Transkripte Fallbesprechungsstudie**

#### **7.3.1. Transkriptionsregeln**

##### **Gesprächsteilnehmer**

|    |              |
|----|--------------|
| A  | Moderator A  |
| B  | Moderator B  |
| C  | Moderator C  |
| Fr | Dr. Frei     |
| Fi | Frau Fischer |
| Wo | Herr Wolf    |

##### **Angaben im Text**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| (00:32:43)               | Zeitangabe in der Videoaufzeichnung                    |
| /                        | Satzabbruch  |
| (unv.)                   | Unverständliche Äußerung                               |
| (Holt Herrn Wolf herein) | Angaben zur Handlung                                   |
| [Moderator C]            | Austausch der Namen der Moderatoren zur Anonymisierung |

### 7.3.2. Transkript Fallbesprechung A

#### Teilnehmer:

Moderator A (A)

Dr. Frei (Fr)

Fr. Fischer (Fi)

Hr. Wolf (Wo)

1    **A:** Einen schönen guten Morgen, ich darf Sie herzlich begrüßen zu dieser ethischen  
2    Fallbesprechung. Freue mich, dass Sie sich die Zeit nehmen, hier gemeinsam zu besprechen,  
3    wie es denn mit Anna weitergehen soll. Sie haben sicher ja schon Gelegenheit gehabt, sich  
4    vorzustellen, das heißt eine Vorstellungsrunde brauchen wir jetzt vielleicht nicht mehr, oder?  
5    Herr Wolf, Frau Fischer, Herr Frei als behandelnder Psychiater. Bevor wir jetzt wirklich mit  
6    der Besprechung der Situation anfangen noch eine kleine Vorbemerkung. Diese Besprechung  
7    soll die Entscheidung der Verantwortlichen unterstützen. Sie soll sie nicht abnehmen. Das  
8    heißt die Entscheidungsverantwortung verbleibt dann bei dem behandelnden Arzt am Ende,  
9    aber wir versuchen, ihn in dieser Entscheidung zu unterstützen. Und wir versuchen dann zu  
10   einem Ergebnis zu kommen, was in dieser Situation die ethisch am besten begründete  
11   Entscheidung ist. Zweite Vorbemerkung: wir werden versuchen, dieses Gespräch in einer  
12   strukturierten Art und Weise zu führen. Und ich würde Ihnen gerne am Anfang ganz kurz  
13   aufzeigen, wie das Gespräch ablaufen soll, damit Sie so ein bisschen so einen Fahrplan haben  
14   für die nächste Stunde. (00:01:13)

15

16   **Wo:** Ja, wunderbar. (0:01:12)

17

18   **A:** Wir werden zunächst nochmal die Situation uns angucken von Anna, wie die aktuelle  
19   Situation ist, da wird Herr Jox berichten, Sie werden von der Pflegeseite her berichten und Sie  
20   können natürlich auch als Vater berichten, wie es Ihrer Tochter geht. Wir werden uns dann  
21   überlegen, was es überhaupt für Handlungsoptionen in der Situation gibt. Und wir werden  
22   auch natürlich genau überlegen, wie denn jeweils der zu erwartende Verlauf ist, wie die  
23   Erfolgsaussichten der Behandlung sind und so weiter und so fort. Wir werden dann zunächst  
24   aus der Fürsorgeperspektive überlegen, was denn das Beste für Anna ist. Also werden  
25   zunächst mal ganz ausblenden, was ihre eigenen Wünsche sind, sondern gucken, wenn wir  
26   jetzt alleine entscheiden könnten, was wäre aus unserer Sicht der beste Weg. Wir werden  
27   dann im nächsten Schritt natürlich überlegen, ja welche dieser Handlungsoptionen bevorzugt

28 die Anna, auch mit welchen Argumenten, das ist sozusagen ihre Autonomieperspektive. Und  
29 wir werden dann natürlich auch, das wäre dann die dritte Bewertungsperspektive, noch mal  
30 hören, was Sie als Vater für das richtige Vorgehen halten. Eine weitere Perspektive ist noch  
31 mal zu gucken, gibt es noch andere Beteiligte, die von dem Fall betroffen ist, deren  
32 Bedürfnisse man vielleicht berücksichtigen sollte, und dann versuchen wir nachher in einer  
33 Synthese, diese Bewertungsperspektiven zusammenzubinden zu einer ethisch möglichst gut  
34 begründeten Entscheidung. Ja? Haben Sie dazu noch Rückfragen? Ne. Ich selber kenne jetzt  
35 die Anna nicht persönlich, das heißt alle Informationen müssen Sie mir liefern und ich  
36 entscheide ja auch nicht sondern ich werde nur dieses Gespräch moderieren. Ok. Gut,  
37 vielleicht starten wir mal, Herr Dr. Frei, dass Sie einfach mal berichten, wie aus Ihrer Sicht  
38 sich die Situation von Anna darstellt. (00:03:03)

39

40 **Fr:** Ok. Also ich kenne Anna jetzt seit fünf Wochen, seit sie bei uns in der Klinik ist. Ich leite  
41 da die Station für Essstörungen hier in der Klinik für Psychiatrie. Und wir haben sie vor fünf  
42 Wochen wie gesagt aufgenommen und seither hatte ich viele Gespräche mit ihr, ich  
43 sozusagen mache auch die Gesprächstherapie mit ihr, also die Einzelgespräche, die ich führe  
44 auch mit ihr zusammen. Vielleicht aus meiner medizinischen Sicht ist es so: sie hat, die  
45 Hauptdiagnose ist die Magersucht, also die Anorexia nervosa, die mit elf Jahren diagnostiziert  
46 worden ist, da war sie elf. Also jetzt inzwischen ist sie neunzehn, das heißt seit acht Jahren hat  
47 sie diese Erkrankung. Und sie hat einen relativ langen sozusagen Leidensweg oder  
48 Krankheitsweg hinter sich, war also in sehr, sehr vielen Kliniken. Zunächst hat man das  
49 ambulant versucht, da haben die Eltern auch sehr schnell eine Therapie organisiert, dann hat  
50 man es stationär versucht, sie war glaube ich insgesamt in mehr als zehn Kliniken,  
51 Krankenhäusern, teilweise Spezialkliniken, wo sie auch immer wieder mal zwangsernährt  
52 wurde, ich glaube drei Mal ist sie zwangsernährt worden. Und sie hat jetzt bevor sie zu uns  
53 kam hat sie eine lange Phase gehabt, acht Monate glaube ich, wo sie in einer  
54 Langzeiteinrichtung für Essgestörte war und dort hat man gewissen Erfolg gehabt, so drei  
55 Kilo hat sie zugenommen, von 21 auf 24 Kilo, jetzt ist sie bei 24 Kilogramm, also das ist doch  
56 sehr, sehr wenig, das entspricht dann so einem Body-Mass-Index von 11, den sie momentan  
57 hat. Das heißt, Sie müssen sich vorstellen, also sie ist schon sehr, sehr abgemagert. Ja und was  
58 wir jetzt, also wie gesagt, in dieser Zeit, in dieser langen, achtjährigen Behandlungszeit, gab  
59 es leichte Verbesserungen, aber keine wirklich durchschlagenden irgendwie Erfolge oder  
60 Zeiten, wo sie wirklich geheilt war, wo man sagen konnte es war es war alles gut. Sie musste  
61 die Schule verlassen, in der elften Klasse musste sie raus weil sie einfach sehr viel nicht mehr

mitbekommen hat. Sie war viel in Kliniken, hat dann einfach den Stoff nicht mehr sozusagen nacharbeiten können. Und sie ist jetzt eben durch ihre lange Zeit in Krankenhäusern auch, ja wir sagen hospitalisiert. Das heißt sie hat jetzt auch kaum Freunde, oder gar keine Freunde und keine Hobbies, die sie hat. Das heißt beschäftigt sich einfach sehr, sehr viel mit ihrer Krankheit. Was wir jetzt bei der Aufnahme noch festgestellt haben ist eine leichte Depression, leichte depressive Verstimmung, und auch eine leichte Zwangsstörung, also außer den Gedanken an Essen, an ihren Körper, gibt es noch so einen leichten Waschzwang, den sie hat, aber das ist nicht, wirklich nicht im Vordergrund stehend, im Vordergrund steht die Magersucht. Und vielleicht noch mal kurz für Sie auch die Symptome, oder wie sich die Krankheit äußert: also das eine ist eben, dass sie wenig isst oder wenig Kalorienhaltiges zu sich nimmt und das ist eigentlich das Leitsymptom. Und dann ist es aber auch so, dass sie gelegentlich eben Erbrechen hervorruft oder auch Abführen hervorruft um eben nicht zuzunehmen. Und im Hintergrund steht bei diesen Patienten so eine, wir sagen Körperschemastörung, das heißt sie nehmen ihren Körper eigentlich als zu dick war, obwohl er eben schon sehr, sehr dünn und abgemagert ist und beschäftigen sich eben tagaus tagein auch mit Ernährung und mit ihrem Körper. Und was bei Anna eben durch die lange Krankheitsgeschichte auch noch passiert ist und durch den frühen Beginn natürlich mit Beginn der Pubertät, ist, dass sie gewisse körperliche Folgen hat. Das heißt sie hat wie viele Patientinnen in dem Alter, die das eben früh bekommen, eine gewisse Wachstumsverzögerung, also sie ist nicht so groß geworden, wie sie vielleicht hätte werden können. Und sie hat eine, wir sagen sekundäre Amenorrhö, also sie sozusagen hat eine Form der Unfruchtbarkeit, vorübergehend, dass keine Monatsblutung kommt, das ist auch Ausdruck der Erkrankung. Wir sehen bei ihr weiterhin im Blut, wenn wir Laboruntersuchungen machen, dass sie schon auch gewisse Veränderungen im Blut hat. Die Blutbildung ist etwas reduziert, das heißt die Blutblättchen sind geringer. Da ist ein gewisses Risiko, auch eine gewisse Blutungsneigung da, aber ansonsten sind ihre anderen Organe, sozusagen ja arbeiten normal, also Niere und Leber. Ja jetzt vielleicht weshalb ich Sie gerufen habe/ (00:08:30)

**A:** Ja genau, der Anlass wäre noch gut zu kennen. (00:08:33)

**Fr:** Genau. Weshalb ich Sie gerufen habe ist, dass sie eigentlich jetzt in unserer Behandlung keinen Fortschritt gemacht hat. Wir haben eine Zeit lang versucht, mit einem Ernährungsprogramm am Anfang. Das haben wir sehr ausgeklügelt versucht, hat nicht gefruchtet und haben dann gemeinsam ihr, da hat sie wirklich ihr Einverständnis gegeben,

96 eine Magensonde angelegt. Und dann kam es zu einer leichten Verbesserung so ein bisschen,  
97 glaube ein-, eineinhalb Kilogramm. Und dann hat sie aber nach zehn Tagen gesagt, sie  
98 möchte das nicht mehr. Und hat dann sozusagen gesagt, wir sollen das, ja, wieder  
99 wegnehmen. Und jetzt hat sie vor ein paar Tagen bei der Visite zu mir gesagt oder zu uns  
100 gesagt, sie möchte eigentlich gar nicht mehr bei uns in der Klinik behandelt werden. Sondern  
101 sie möchte in eine Palliativeinrichtung verlegt werden, also in eine Palliativstation oder ein  
102 Hospiz, wo man sie sozusagen in Ruhe lässt und sie würde auch durchaus den Tod in Kauf  
103 nehmen. Und das ist eine Situation, die wir eigentlich so noch nie hatten, oder die uns  
104 ziemlich ratlos macht, und wir haben im Team einfach gesagt, wir brauchen da eine  
105 Unterstützung von außen. (00:09:49)

106

107 **A:** Ok, vielen Dank. Also von den Therapien, sie haben die Einzelgesprächstherapie gemacht,  
108 sie haben die Ernährung mit der Magensonde versucht. (00:09:58)

109

110 **Fr:** Genau. (00:09:58)

111

112 **A:** Dem hatte sie am Anfang zugestimmt und dann hatte sie aber gesagt nein, will sie nicht  
113 mehr und dann hatten Sie die auch beendet. (00:10:06)

114

115 **Fr:** Genau, richtig. (00:10:07)

116

117 **A:** Ok. Gut. Frau Fischer, gibt es von Ihrer Seite noch Ergänzungen dazu, wie Sie die Anna  
118 jetzt erlebt haben, aus Pflegesicht. (00:10:18)

119

120 **Fi:** Ja, also, es ist alles wahr, was so gesagt wurde. Aus meiner Sicht ist es so: ich habe ja  
121 selber einen Sohn in diesem Alter und ich würde also alles unternehmen, um Anna nicht in  
122 diese Palliativstation gehen zu lassen. Ja, ich sehe sie jeden Morgen und sie ist mal so drauf,  
123 mal so drauf. Also sie sagt zu mir öfters: ach, ich habe heute Morgen wieder die Therapeuten  
124 irgendwie anschwindeln können, ich habe sie hinters Licht führen können. Ich sag ihr, also  
125 ich denke mir, dass ich sehr freundlich bin zu ihr, aber ich sage ihr schon auch manchmal  
126 direkt: Anna, du bist wirklich in den fünf Wochen, die ich dich erlebe, ein wirklich  
127 intelligentes Mädchen. Glaubst du wirklich in deiner Intelligenz, dass wir dich nicht  
128 durchschauen, was du machst? Ja und dann kommen wir so in die Diskutiererei und dann  
129 schweifen wir wieder ab. Und ja ich kann ihr nur zureden natürlich, also ob sie meine eigene

130 Tochter wäre. Weil ich kann das, also das widerspricht nicht nur meinem Berufsethos,  
131 sondern das widerspricht auch meiner Lebenseinstellung, dass man Menschen, auch gerade  
132 eben so junge, einfach so dahinschwinden sieht und sie dann in den Tod gehen lässt. Und ich  
133 habe mir vorgenommen, zum Beispiel, also ich weiß ja wie das ist, ich habe zwar einen Sohn,  
134 aber ich weiß ja wie das ist bei den jungen Mädchen, die gucken sich eine Illustrierte an und  
135 finden sich hässlich, dick und alles. Und ich hab mir gedacht, vielleicht sollte ich das mal  
136 umgekehrt machen, also nicht diese Sachen fernhalten von ihr, sondern ich habe mal so  
137 Sachen mitgenommen und habe gesagt komm, wir schauen uns das jetzt mal an und du sagst  
138 mir mal was gefällt dir da und wieso möchtest du so sein. Und dann kommt natürlich das  
139 Ganze, ja also die ist doch so hübsch und die hat da nichts und ich hab so viel obwohl sie ist  
140 spindeldürr. Und dann versuche ich ihr zu erklären, dass diese Fotos alle gefakt sind. Dass es  
141 nicht und ich versuche, ihre Intelligenz anzusprechen und sie versteht das auch. Aber da ist  
142 irgendwie ein Schalter in ihrem Kopf, der noch nicht umgelegt wurde. Also sie versteht, dass  
143 diese Fotos alle wirklich gefakt sind, das ist ja auch nicht gelogen von mir. Aber sie sagt, ja  
144 aber schau mich doch an, wie ich aussehe. Und dann sage ich ja, jetzt bist du gerade gar nicht  
145 schön. Also ich sage ihr schon direkt, du bist jetzt gar nicht schön, aber nicht weil du zu dick  
146 bist, sondern weil du zu dünn bist. Und du könntest hübsch sein, wenn du ein bisschen  
147 gepolsterter wärst und einfach. Das was du zunehmen sollst ist ja noch lange wir kommen ja  
148 noch lange nicht in den Bereich wo wir überhaupt. Ja dann was mache ich noch mit ihr, also  
149 dann, also sie ist manchmal eigentlich ganz gut drauf. (00:13:25)

150

151 **A:** Wie reagiert sie da? Wenn Sie ihr das so sagen? (00:13:27)

152

153 **Fi:** Also sie scheint es zu verstehen, also ich merke dass sie es versteht, aber dieser Schritt/  
154 (00:13:36)

155

156 **A:** Sie setzt das nicht um. (00:13:37)

157

158 **Fi:** Überhaupt nicht. Und manchmal habe ich das Gefühl, sie ist knapp davor, es umzusetzen,  
159 weil wir diskutieren ja auch lautstark. So und oder ich sage komm, lass uns doch jetzt mal  
160 einen Spaziergang machen, die Leute so auf der Straße anschauen. Oder wollen wir  
161 zusammen in dieser Zeit, wo du hier bist, mal rausgehen einfach, ohne diese hier diese  
162 Wände. Ich weiß nicht, manchmal denke ich, ich habe sie und dann habe ich sie wieder  
163 verloren am nächsten Tag, da fängt das wieder von vorne an. Und manchmal denke ich mir,

164 da sie ja so gewieft ist auch und sagt ah, ich lege euch schon irgendwie rein. Und also sage  
165 ich, ja aber weißt du, wenn du solche Gedanken hast, dann bist du doch eigentlich gar nicht  
166 im Jenseits. Sondern du hast so, du versuchst uns auszutricksen, du bist eigentlich voll im  
167 Leben drin. Also du machst Sachen, wo man sagt, ach, naja, wenn du dich wirklich so  
168 aufgegeben hättest, dann. Also da sind so ganz lebhaft, so ja wie so ein kleiner Strolch ist sie  
169 manchmal. Wo man denkt ach, da blitzt so Leben auf, und wenn es nur tricksen ist oder so.  
170 Also ich würde sagen, also man muss einfach geduldig sein. Das ist, ich weiß, das ist sehr  
171 schwierig, weil ich auch Kollegen habe, die sagen, das nervt uns einfach endlos, es gibt hier  
172 Patienten, denen könnten wir eher helfen, wenn wir mehr Zeit dafür aufwenden könnten. Und  
173 wir haben sie, die mal so und mal so ist, wir können uns doch nicht dauernd nach den Launen,  
174 einmal Magensonde, einmal doch nicht. Und mich nervt das natürlich auch, weil ich immer  
175 denke, ich möchte sie nehmen und schütteln und rütteln. Und dann denke ich halt, man muss  
176 jeden Tag eigentlich von null anfangen. (00:15:44)

177

178 **A:** Das heißt Sie haben auch so ein bisschen das Gefühl, Entschuldigung wenn ich Sie  
179 unterbreche kurz, dass es nicht so richtig vorwärts gegangen ist in den letzten fünf Wochen.  
180 Das war ja der Eindruck von Herrn Frei. (00:15:54)

181

182 **Fi:** Ja, es geht nicht richtig vorwärts, es blitzt so bisschen auf, es könnte sein, und dann geht  
183 es wieder zurück. (00:15:59)

184

185 **A:** Dann entgleitet sie einem. (00:16:00)

186

187 **Fi:** Ja, aber ich würde trotzdem, also ich würde noch, also auf jeden Fall dabei bleiben. Und  
188 wieder anfangen und wieder anfangen. (00:16:08)

189

190 **A:** Aber da sind sie jetzt schon sozusagen fast ganz am Ende der Bewertung, dass sie sagen,  
191 aber das ist schön, dass Sie das schon mal sagen. Eine Rückfrage hätte ich noch Herr Jox,  
192 Herr Frei hatte ja gesagt, dass sie so ein bisschen depressiv gewirkt hätte. Können Sie diesen  
193 Eindruck bestätigen? So wie Sie sie erlebt haben? (00:16:28)

194

195 **Fi:** Ja, kann ich schon bestätigen. (00:16:33)

196

197 **A:** Aber so wechselhaft. (00:16:38)

198

199 **Fi:** Aber es ist eben so, ja es ist eben so wechselhaft. Und ich weiß nicht, ich denke mir, da  
200 wenn es so, also die guten Tage, wenn ich sie so bezeichnen kann, wenn man mit ihr wirklich  
201 so auch lautstark diskutieren kann, da denke ich mir immer, wenn sie so massiv so ihre  
202 Position verteidigt, so, dann. Ich weiß, das heißt nicht, dass sie dann nicht gerade depressiv  
203 ist. Aber ich denke, ich nehme das einfach dann als wirklich auch als so ein lebhaftes Signal,  
204 dass sie überhaupt noch sich nicht vollends aufgegeben hat. Da ist was, so ein Kampfeswillen.  
205 Der Kampf richtet sich jetzt gerade nur gegen die Menschen, die ihr eigentlich helfen wollen.  
206 (00:17:24)

207

208 **A:** Herr Frei, ist die Depression mal behandelt worden? Oder haben Sie antidepressiv  
209 irgendwas versucht? (00:17:30)

210

211 **Fr:** Ja, wir haben Antidepressiva gegeben. Und haben auch, ich denke, einen gewissen Effekt  
212 gesehen. Also dass die Stimmung generell sich etwas aufgehellt hat, muss man sagen. Das ist  
213 schon wahr. Gerade in den letzten zwei Wochen ist es so ein bisschen besser geworden.  
214 (00:17:48)

215

216 **A:** Ja, vielen Dank Frau Fischer. Also die Anna erscheint jetzt sozusagen immer konkreter vor  
217 meinem geistigen, wahrscheinlich auch Ihrem geistigem Auge, sie haben sie ja auch wirklich  
218 gesehen. Herr Wolf, wie sehen Sie denn Ihre Tochter. Vielleicht auch jetzt zunächst mal  
219 Beschreibung der aktuellen Situation, wie das zu bewerten ist. Was wir dann in der Zukunft  
220 wollen, da kommen wir dann später noch darauf. (00:18:11)

221

222 **Wo:** Wir haben sie ja erlebt, im Krankenhaus, wie sie sich entschieden hat, die Magensonde  
223 zu akzeptieren. Und vorher hatten wir mit ihr ein Gespräch geführt und hatten eigentlich mal  
224 gefragt, ob ihre Freundin, die sie vor dem neunten Lebensjahr, mal wiedergesehen hat. Und  
225 ob sie sie mal angerufen haben. Und ob sie mal was von sich hören lassen haben. Da ist nichts  
226 mehr erfolgt. Die ganzen Freundschaften sind abgebrochen. Dann hab ich sie gefragt, sag mal,  
227 warum musst du so dürr aussehen wie jetzt? Du sahst früher viel schöner aus, bist eine  
228 hochintelligente Tochter, hast das ganze Leben vor dir. Und jetzt machst du plötzlich einmal  
229 das, einmal sprichst du mit dem Psychiater, dann sprichst du mit der Krankenschwester, dann  
230 sprichst du mit dem Arzt. Und dann kommen wir, und uns erzählst du wieder was ganz  
231 anderes, was wir von den Ärzten und von der Krankenschwester hören. Und wir müssen doch



232 gemeinsam versuchen, dass wir dein Leben retten wollen, und du kannst doch noch so viel in  
233 deinem Leben erleben. Und du kannst doch dein Leben, damit, dass du die Magensonde,  
234 warum hast du denn die überhaupt abgesetzt? Es ging dir besser, die Depressionen gingen  
235 zurück, du konntest dich mit dem Therapeuten unterhalten und alles. Und plötzlich ist alles  
236 wieder vorbei. Wer hat denn mit dir danach, wie du die Magensonde abgesetzt hast, wer hat  
237 denn da mit dir Gespräche geführt, dass du plötzlich von der ganzen Sache, von dem positiven  
238 Aufstieg nach oben, plötzlich so abfällst und alles aufgeben kannst. Du wir sind deine Eltern,  
239 wir haben so viel mit dir gemacht. Wir geben vielleicht zu, dass du uns entglitten bist, in  
240 deinen Freundeskreis, da hatten wir keinen Einfluss darauf, und vielleicht machen wir uns die  
241 Vorwürfe, dass wir bis zum sechsten Lebensjahr nicht das dir die Kraft gegeben haben, die  
242 dich vor vielen Gefahren geschützt als wenn du aus dem Elternhaus, aus dem Kinder mit  
243 sechs Jahren rauskommst. Aber sage uns doch mal, was haben wir für Fehler gemacht, dass  
244 du so diese Gedanken hegst und einfach jetzt einfach aufgeben willst. Du darfst nicht  
245 aufgeben. Und wir müssen alles daran setzen, dass du wieder gesund wirst. Deine Eltern, du  
246 hast deine Eltern da vor dir. Du hast nicht einen Psychiater vor dir. Du hast keine  
247 Krankenschwester vor dir. Du hast den Vater vor dir, der dir helfen will. Und das muss doch  
248 in deinen Kopf reingehen. (00:20:53)

249

250 **A:** Wie reagiert sie dann? (00:20:55)

251

252 **Wo:** Und sie blockt ab und sagt/ (00:20:57)

253

254 **A:** Sie lässt das nicht an sich ran. (00:20:58)

255

256 **Wo:** Ich möchte nicht mehr. Ich habe jahrelang mit der Krankheit zu tun. Das ist keine  
257 Krankheit, die du hast, das ist eingebildet. Du bildest dir irgendwas ein, was nicht vorhanden  
258 ist. (00:21:14)

259

260 **A:** Haben Sie ihr gesagt. (00:21:15)

261

262 **Wo:** Kannst du vielleicht einmal überlegen, ob du wirklich noch in der Lage bist, selbst zu  
263 entscheiden, was du jetzt machst. Bist du so klar noch im Kopf? Oder brauchst du Hilfe in der  
264 Richtung, dass man sag, dass das Leben noch vor dir ist. Sollen wir nochmal mit dem  
265 Psychiater und der Krankenschwester zusammen sprechen. Im Dreiergespräch oder

266 Vierergespräch. Wir müssen eine Lösung finden, dass du am Leben bleibst und dass du aus  
267 deinem Leben noch etwas machst! Sie ist so depressiv. Und so abweisend. Das ist für einen  
268 Vater, und vor allen Dingen auch für meine Frau, die kommt ja schon gar nicht mehr mit weil  
269 sie nicht mehr kann. (00:22:02)

270

271 **A:** Das glaube ich. (00:22:04)

272

273 **Wo:** Ist so erschütternd. Und wenn Sie das als Vater erleben. Eine so kerngesunde Tochter.  
274 Hochintelligent. Dann muss sie aus der Schule genommen werden. Weil sie einfach durch  
275 ihre Krankheit nicht mehr folgen kann. Dann kriegt sie Privatunterricht. Das spielt ja alles gar  
276 keine Rolle, wir können ihr ja helfen! Ich habe gesagt, du brauchst gar nicht in die Schule. Du  
277 kommst nach Hause, wir machen es privat! Und bringen dich wieder auf Vordermann. Es ist  
278 ja alles noch Zeit! Entscheide dich doch bitte. (00:22:31)

279

280 **A:** Erleben Sie auch so bisschen diese Ambivalenz, die Frau Fischer erzählt hat? (00:22:37)

281

282 **Wo:** Furchtbar. Das geht, zwei Minuten ist sie da, da können wir darüber sprechen. Und  
283 schon ist sie wieder/ (00:22:43)

284

285 **A:** Da hat man das Gefühl, sie versteht, was man sagt. Und dann macht sie zu. (00:22:45)

286

287 **Wo:** Dann macht sie zu. Genau das ist es. Ich weiß nicht woher das zu ist. Und woher sie  
288 öffnet. Und das mit der Magensonde, das hat ja alles so gut angefangen. Die Depressionen  
289 sind nachgelassen. Sie hat gesprochen! Und dann sagt sie, nach zehn Tagen, ich will die  
290 Magensonde absetzen. Ich weiß gar nicht, mit wem sie da gesprochen hat in diesen zehn  
291 Tagen. Was da, in diesen zehn Tagen, was da passiert ist, dass sie zu dieser Entscheidung  
292 gekommen ist, die Magensonde abzusetzen. Da muss was passiert sein. Wir wissen es nicht,  
293 wir waren nicht im Krankenhaus, aber da muss ein Gespräch oder irgendwas mit ihr gemacht  
294 worden sein, geführt worden sein, oder sie selbst, was weiß ich, telefoniert oder irgendetwas  
295 ich weiß es nicht. Wir können es uns nicht vorstellen. Und daran hapern wir als Eltern zurzeit.  
296 (00:23:35)

297

298 **A:** Das glaube ich. Das glaube ich. (00:23:36)

299

300 **Wo:** Und das ist für uns einfach richtig stark, das können Sie sich gar nicht vorstellen. Weil  
301 einfach, was sollen wir denn machen? Wir sind ja hilflos! (00:23:43)  
302

303 **A:** Ja, das geht ja jetzt auch schon so lange in der Situation. Sie kennen ja jetzt die Anna am  
304 längsten. Wenn Sie so zurückblicken, im Verhältnis zu den letzten Jahren, geht es ihr im  
305 Moment jetzt eher besser oder eher schlechter? Oder war das immer so? (00:23:58)  
306

307 **Wo:** Schlechter. (00:23:57)  
308

309 **A:** Eher schlechter. (00:23:59)  
310

311 **Wo:** Der Lichtblick war eben das mit der Magensonde. Und dass die Depression aus, das hat  
312 uns Hoffnung gemacht, dass sie jetzt wieder eigentlich gesund wird und alles und hatten uns  
313 große Hoffnungen gemacht. Und wir hatten ja auch noch Tage nach der Magensonde mit ihr  
314 gesprochen. Und da hatten wir sie in einem sehr guten Zustand angetroffen. Und dann vier  
315 Tage später nachdem wir da waren, da kam dann der Anruf, Ihre Tochter hat sich entschieden,  
316 die Magensonde abzusetzen. Sie glauben gar nicht, was das bedeutet. Da sind Sie sprachlos.  
317 Da muss man doch irgend/ Ich weiß es nicht was, aber der Vater wühlt, wühlt, wühlt, und er  
318 will, er will, er will, er will es muss, es darf kein Urteil sein, dass sie freiwillig dann/ Ach so,  
319 jetzt bin ich zu weit. (00:24:56)  
320

321 **A:** Nein, dürfen Sie ja auch, Frau Fischer ja auch schon bisschen Ausblicke gegeben darüber,  
322 wie die Situation dann zu bewerten ist. Ja, ich glaube wir haben jetzt sozusagen ein ganz gutes  
323 Bild von der Patientin, von Anna. Also sie ist aufgenommen worden vor fünf Wochen, man  
324 hat verschiedene Therapien versucht, Einzelgesprächstherapie. Man hat Ernährung über eine  
325 Magensonde begonnen, dem hat sie zunächst zugestimmt. Das hat uns alle etwas  
326 hoffnungsvoll, oder sie alle hoffnungsvoll gestimmt. Und dann hat sie plötzlich gesagt nein,  
327 sie will nicht mehr und dann hatte man das Gefühl, es geht wieder runter, sodass die Situation  
328 jetzt eher schlechter ist als zuvor. Sehr eindrücklich fand ich, wie Sie geschildert haben, dass  
329 sie so schwankend ist. (00:25:41)  
330

331 **Wo:** Furchtbar. (00:25:41)  
332

333 **A:** In ihrer Fähigkeit, Dinge an sich ranzulassen und Dinge aufzunehmen. Eine Sache, die wir  
334 jetzt ja gemeinsam nochmal rekapitulieren müssen, ist ja die Frage, was kann man ihr  
335 überhaupt noch anbieten. Was gibt es für weitere Wege für Ihre Tochter beziehungsweise die  
336 Anna und dann müssen wir überlegen, sozusagen welche dieser Wege denn tatsächlich  
337 insgesamt der Beste ist. Herr Frei, vielleicht können Sie noch mal sagen, wenn man jetzt mal  
338 sozusagen maximal noch therapeutisch weiter arbeiten würde, was könnte man noch tun? Und  
339 das zweite ist ja, wie wären dann möglicherweise die Aussichten? Ja, Herr Wolf? (00:26:21)

340

341 **Wo:** Ich hab noch eine ganz kleine Frage an Sie. Sie hat ja auch eine Sedierung bekommen.  
342 Und dieses Bewusstseinsdämpfung. Die hat sie doch auch schon gehabt. (00:26:31)

343

344 **Fr:** Bei uns in der Klinik nicht. Früher hatte sie das. (00:26:33)

345

346 **Wo:** Früher meine ich. Und warum versucht man das nicht wieder? Wenn Sie das einfach  
347 noch mal kurz erläutern, denn da ist mir das nicht mehr ganz klar, warum das auch abgesetzt  
348 worden ist. (00:26:44)

349

350 **Fr:** Wir hatten das mit ihr besprochen. Also so eine Sedierung, so eine  
351 Bewusstseinsdämpfung, wird manchmal für eine kurze Zeit gemacht, wobei das Bewusstsein  
352 nicht komplett ausgeschaltet wird. Aber vielleicht für ein paar Tage kann man das machen,  
353 um sozusagen die Ernährung erst mal mit der Sonde natürlich dann zu verbessern. Wir haben  
354 das mit ihr besprochen, sie hat sehr schlechte Erfahrungen damit in früheren Kliniken  
355 gemacht und wollte das auf keinen Fall. Und sie hatte dann eben die Ernährungssonde auch  
356 akzeptiert ohne Sedierung. Und wie gesagt, nach dem bisherigen Verlauf, den Sedierungen,  
357 die es ja auch gab, glauben wir, dass es vielleicht einen kurzfristigen Effekt hätte, aber man  
358 kann die Sedierung auch nicht jetzt über viele, viele Wochen, Monate durchführen, sondern  
359 das ist nur für ein paar Tage. (00:27:42)

360

361 **Wo:** Ach so. Ok. (00:27:44)

362

363 **Fr:** Und dann müsste sie sozusagen von selbst auch mitmachen und kooperieren und dann  
364 wirklich auch sagen ok, sei es über Sonde oder ganz normal, ich esse wieder mehr. (00:27:53)

365

366 **Wo:** Ok. (00:27:53)

367

368 **Fr:** Ich meine, Sie haben nach den Möglichkeiten gefragt. (00:27:57)

369

370 **A:** Ja. Also wenn man jetzt sozusagen maximal weiter für das Leben von Anna kämpfen

371 wollte. (00:28:04)

372

373 **Fr:** Genau. Also wenn man das so weitermacht, ist, dass man halt tatsächlich weiter in der

374 Psychotherapie mit ihr weitermacht. Es gibt kein spezielles Medikament für diese

375 Magersucht, das gibt es leider nicht. Wir würden natürlich weiterhin die Depression

376 behandeln, aber ein sozusagen Heilmittel, ein Medikament für die Magersucht gibt es leider

377 nicht. Weiterhin wäre eben der Versuch, dass wir an sie rankommen, dass wir sie überzeugen,

378 mitzumachen, dass wir sie motivieren. Denn ohne ihre Mitarbeit wird es einfach sehr schwer.

379 Sie war schon in verschiedenen Kliniken, wo das auch versucht wurde und mehr

380 Möglichkeiten haben wir nicht. (00:28:51)

381

382 **A:** Könnte man sie denn überhaupt halten? In der Klinik. Das ist ja die Frage. (00:28:55)

383

384 **Fr:** Also sie ist jetzt freiwillig, wir sind eine offene Station, sie ist nicht untergebracht, also

385 sie ist nicht sozusagen durch gerichtlichen Beschluss untergebracht. Und sie ist unserer

386 Ansicht nach auch einwilligungsfähig. Wir haben auch einen forensischen Kollegen dazu

387 geholt, der das so bestätigt. Sie ist nicht suizidal, das heißt sie äußert keine Suizidgedanken,

388 dass sie sich jetzt gleich umbringen möchte. (00:29:20)

389

390 **Fi:** Gott sei Dank. (00:29:20)

391

392 **Fr:** Was man sagen muss zur Prognose ist, es gibt eine große, ja, Vielzahl von Patientinnen

393 mit Magersucht, die tatsächlich geheilt werden, wo man sagen kann, irgendwann, wenn sie

394 älter werden, lassen sie sich überzeugen, auch wieder tatsächlich zu essen und ein anderes

395 Bild von sich zu haben. Es gibt aber so eine Gruppe von insgesamt 25, 30 Prozent, die ein

396 schlechtes Outcome, sozusagen einen schlechten Verlauf haben. Und wir wissen auch bis zu

397 sechs Prozent der Patientinnen sterben letztlich an dieser Erkrankung. Ganz oft gar nicht an

398 Suizid, sondern an körperlichen Komplikationen, dass dann zum Beispiel eine

399 Herzrhythmusstörung auftritt durch Schwankungen der Blutsalze. Und sie ist, das muss man

400 leider sagen, sie ist sicherlich mit in der Gruppe der Patientinnen, die den schwersten Verlauf

401 haben. Was bei ihr schlechte sozusagen Prognosefaktoren oder schlechte Indikatoren sind, ist  
402 sicherlich die lange Zeitdauer, die sie schon diese Erkrankung hat, also jetzt acht Jahre. Und  
403 in diesen acht Jahren hat man wenig leider an Erfolgen erzielen können. Und es ist sicherlich  
404 auch ihre mangelnde Motivation oder Kooperation, dass sie nicht so wirklich mitmacht.  
405 Möglicherweise kommen noch genetische Faktoren dazu, das spielt vielleicht auch eine Rolle.  
406 Aber das sind alles so Faktoren, die, sagen wir mal, eine relativ schlechte Prognose erwarten  
407 lassen. Das muss man leider sagen. (00:31:07)

408

409 **A:** Relativ schlecht heißt? (00:31:09)

410

411 **Fr:** Relativ schlecht heißt, dass wir fürchten, dass jegliche Therapie nicht anschlagen wird.  
412 (00:31:17)

413

414 **A:** Und das in einem höheren Prozentsatz als die 25 Prozent oder 30 Prozent, wie das in der  
415 Literatur beschrieben ist. (00:31:26)

416

417 **Fr:** Genau. Also ich kann jetzt nicht sagen aber es ist so, dass es durchaus sein kann, also dass  
418 bei diesem Gewicht, das sie aktuell hat und dieser Schwere der Erkrankung, dass sie auch  
419 relativ überraschend mal tatsächlich eine schwere körperliche Krise haben könnte,  
420 Herzrhythmusstörung, Blutungen, sodass sie auch daran versterben kann. Also das kann  
421 durchaus innerhalb der nächsten Monate passieren. Ausschließen kann man das in dem Fall  
422 nicht. Das ist wirklich eine schwere, das muss man, so hart das klingt, aber man muss sagen,  
423 es ist vergleichbar mit einer schweren körperlichen Erkrankung. Die letztlich zu einem  
424 gewissen Prozentsatz, das ist auch bei Krebserkrankungen zum Beispiel, manche sind heilbar,  
425 andere sind nicht heilbar. Und so ähnlich muss man das auch sehen. (00:32:14)

426

427 **A:** Aber es gibt ja ohnehin nur dann eine Chance, wenn wir sie irgendwie für die Therapie  
428 gewinnen können. Und da war ja noch mal die Rückfrage: sie wird ja wahrscheinlich diese  
429 Therapie ablehnen. Also wenn man sagt, wir wollen weiter therapieren, wir wollen alles tun,  
430 damit sie überlebt. Gibt es denn eine Möglichkeit, gegen ihren Willen weiter zu behandeln?  
431 Möglicherweise zwangs zu ernähren oder so was. Ist das eine Option? Weil ich meine, sonst  
432 haben wir ja diese Option, die wir gerade diskutieren, gar nicht. Also wenn es keine  
433 Möglichkeit gibt, sie im Krankenhaus zu halten. (00:32:53)

434

435 **Fr:** Das ist ja so ein bisschen, wie soll man sagen, auch ein Graubereich. Also sie ist schon  
436 mal zwangsernährt worden. Und zwangsernähren könnte man sie jetzt rein rechtlich, wenn sie  
437 nicht einwilligungsfähig wäre und wenn man dann auch richterlichen Beschluss hat, und/  
438 (00:33:09)

439

440 **A:** Aber sie ist ja einwilligungsfähig. (00:33:11)

441

442 **Fr:** Zum aktuellen Zeitpunkt halten wir sie für einwilligungsfähig. Tatsächlich. Zum aktuellen  
443 Zeitpunkt. Sicherlich, das kann man auch noch mal überprüfen, ob das wirklich so ist. Und  
444 andererseits medizinisch glauben wir auch, dass eine Zwangsernährung, weil das ja schon  
445 gemacht worden ist, vielleicht für eine kurze Zeit einen Effekt haben könnte, dass tatsächlich  
446 dann für die Zeit der Zwangsernährung dann ein, zwei, drei Kilo darauf kommen. Wenn man  
447 aber dann die Zwangsernährung sozusagen wieder beendet, dann braucht man wieder ihre  
448 Mitwirkung, ihre Motivation. Und dann sozusagen geht es wieder runter, geht es den Berg  
449 wieder runter. Das heißt, das wäre unsere Befürchtung, dass wir dann nur einen kurzfristigen  
450 Effekt haben. (00:34:04)

451

452 **A:** Auch wenn man die Zwangsernährung machen würde. Das heißt, auch wenn man jetzt  
453 alles therapeutisch versuchen würde, bleibt die Prognose schlecht. Also mit einer hohen  
454 Wahrscheinlichkeit, dass man sie nicht retten kann und dass man ihre Krankheit auch nicht  
455 positiv beeinflussen kann. (00:34:20)

456

457 **Fr:** Das ist die Befürchtung. Wobei wir natürlich nicht in die Zukunft sehen können. Das ist  
458 auch klar. (00:34:28)

459

460 **A:** Nein, klar, aber wir müssen natürlich, wenn wir jetzt überlegen, was es für  
461 Handlungsoptionen gibt, müssen wir ein bisschen gucken, was erreichen wir denn damit.  
462 Sonst würde man natürlich sofort sagen, wir müssen alles tun für sie. Aber die Frage ist ja, was  
463 bringt das denn oder was können wir denn tatsächlich erreichen? (00:34:41)

464

465 **Fi:** Also ich denke mir auch, der Schlüssel zum Erfolg liegt wirklich in ihrem Kopf. Und ich  
466 habe manchmal so das Gefühl, dass ihr auch ihre eigene Intelligenz etwas im Wege steht.  
467 Weil sie eben immer wieder so Diskussionen anfängt. Und auch das mit der Magensonde,  
468 denke ich mir, da ist in ihren Kopf wahrscheinlich das passiert, ich wurde ja schon mal also

469 sediert, und dann komme ich wieder in diesen Fluss von, ja, Magensonde, sedieren,  
470 manchmal ja, manchmal nein. Also und das will sie dann nicht. Sie will dann eigenmächtig  
471 doch entscheiden können. Und vielleicht könnte man irgendetwas finden, um sie bei ihrer  
472 Intelligenz zu packen, denke ich mir, etwas ganz außergewöhnliches. Weil dann das andere,  
473 also ich weiß, dass es dann immer noch ein langer Weg ist, aber das andere käme dann  
474 vielleicht automatisch. Also ich würde jetzt was außergewöhnliches, wenn das in meinem  
475 Machtbereich stünde, dass ich vielleicht wirklich eine Palliativstation mit ihr besuche und ihr  
476 klar sage: weißt du, da sind Fälle, die sind wirklich körperlich krank und die werden  
477 irgendwann sterben, willst du denen einfach einen Platz wegnehmen jetzt? Wir wissen ja gar  
478 nicht bei dir, wann du wirklich stirbst. Weil auf der Palliativstation wird man dich nicht in ein  
479 Kämmerlein sperren und dann einfach auf den Kalender gucken. Man kann dich ja nicht  
480 verhungern und verdursten lassen. Auch da wirst du irgendwie mit Ärzten und mit deinen  
481 Eltern und mit einer Pflegekraft zu tun haben. Also da wirst du nicht in Ruhe gelassen. Und  
482 du nimmst einfach einen Platz weg. Also ich würde da so krass vielleicht sprechen weil ich  
483 merke, dass sie so intelligent ist und dass das in ihren Kopf reingeht. Oder ich würde auch,  
484 also ich weiß nicht, also das sind nur so vielleicht versponnene Ideen von mir, in einen  
485 Kindergarten gehen. Weil sie manchmal, also ich merke, dass sie kinderlieb ist und dass sie  
486 den Wunsch mal geäußert hat, ah ja, ich werde das ja nie haben. Und ich habe ihr auch gesagt,  
487 eben weil sie körperlich eigentlich so zurückgeblieben ist und mal kommt die Periode und  
488 mal kommt sie nicht, dass wir vielleicht da hingehen und sagen, schau mal, arbeite doch mal  
489 einen Tag oder gehe mal mit diesen Kindern irgendwie so um. Also ich weiß nicht, ich  
490 glaube, dass man sich bei ihr etwas Außergewöhnliches ausdenken müsste, um sie da  
491 rauszuholen, damit sie ein bisschen so über das hinweg in das andere hineingleitet, wo sie  
492 sagt, nein, ich hab da so ein Ziel, ich möchte jetzt essen, ich möchte die Medikamente, die  
493 nötig sind. Also irgendetwas müsste man machen mit ihr. (00:37:41)

494

495 **A:** Ja vielen Dank. Das sind sicher noch wichtige Anregungen, jetzt wenn man weiter  
496 sozusagen versucht, sie zu therapieren. Und dann vielleicht noch mal gucken, ob es  
497 irgendwelche unkonventionellen Wege gibt, sie zu gewinnen oder irgendwie einen Zugang zu  
498 ihr zu bekommen. Die Frage ist jetzt, was gibt es denn für Alternativen oder alternative Wege.  
499 Das ist ja auch der Weg, den sie wünscht. Und das sollten wir einfach auch mal durchspielen.  
500 Also ist das überhaupt ein gangbarer Weg? Wenn der nämlich gar nicht gangbar ist, dann  
501 brauchen wir ihn gar nicht weiter zu diskutieren. Weil dann kann man sagen, ist ja schön und  
502 gut, du willst in ein Hospiz, aber ein Hospiz nimmt dich nicht in der Situation. Deswegen



503 wäre sozusagen die Frage als alternative Option, ist das eine Option? Und wenn ja, wie würde  
504 sie dann aussehen? Wie würde es weitergehen. (00:38:28)

505

506 **Fr:** Also ganz ausgeschlossen ist es nicht, dass ein Hospiz sie nehmen würde. Wir hatten mal  
507 in einen anderen Fall mit einem Hospiz telefoniert und die machen das natürlich schon in  
508 seltenen Ausnahmefällen, wenn wir sozusagen bestätigen können, da gibt es tatsächlich  
509 überhaupt keine andere Möglichkeit, die Patientin will das so unbedingt. Hospize haben  
510 sozusagen die Vorgabe, dass eine Lebenserwartung von geschätzt weniger als sechs Monaten  
511 da ist und das wäre bei ihr natürlich, wenn sie jetzt die Ernährung weiterhin so stark ablehnt,  
512 tatsächlich der Fall, dass man sagen könnte, das wird wahrscheinlich innerhalb von sechs  
513 Monaten tatsächlich so sein, dass sie dann sterben könnte. Natürlich könnte man palliativ,  
514 Symptome lindernd begleiten. Sie selber, das ist so ein bisschen ihr Wunsch, sagt, sie möchte  
515 Zeit haben, noch ihren Lebensbericht zu Ende zu schreiben, den sie begonnen hat. Ein Hospiz  
516 ist ja sozusagen eine pflegerisch geleitete Einrichtung, wo sie natürlich schon weniger  
517 Therapien hat als bei uns. Also es ist nicht der Tag von morgens bis abends durchgeplant.  
518 Also ausgeschlossen ist es nicht, die Frage ist meiner Ansicht nach hier: ist es wirklich das  
519 Richtige für sie? (00:39:55)

520

521 **A:** Aber es wäre zumindest ein gangbarer Weg. Also es ist nicht ausgeschlossen, dass man ein  
522 Hospiz findet. Und dann würde sie halt so viel essen, wie sie will, oder wahrscheinlich zu  
523 wenig essen und das würde dazu führen, dass sie mit hoher Wahrscheinlichkeit dann  
524 innerhalb von absehbarer Zeit versterben würde. (00:40:13)

525

526 **Fr:** Mhm (bejahend). (00:40:13)

527

528 **A:** Ok. Gibt es noch einen Zwischenweg, der vielleicht gangbar wäre? Also wenn sie sich  
529 jetzt so ein bisschen der Therapie auf der einen Seite entzieht, das wäre so die erste Option,  
530 die erste Strategie, und das dritte, sage ich jetzt mal, wenn es noch was zweites gäbe, wäre die  
531 Option, sozusagen wirklich alles, die Segel zu streichen und zu sagen, ja, das ist ihr Schicksal,  
532 das hat sie selbst gewählt, wir haben viel versucht. Gibt es noch einen Zwischenweg, den man  
533 ihr anbieten kann? (00:40:46)

534

535 **Wo:** Es muss einen Zwischenweg geben. (00:40:44)

536

537 **A:** Könnte sie denn nach Hause? (00:40:49)

538

539 **Fr:** Sicherlich, also das ist ja dann natürlich eine Situation, ambulante Therapie zu finden ist  
540 nicht so einfach, vielleicht würde man was finden, wo sie gelegentlich hingeht. Das ist  
541 natürlich dann nicht so intensiv wie bei uns auf der Station. Es wäre natürlich schon vielleicht  
542 die Gefahr größer, dass sie dann, ja, noch mehr trickst, noch weniger, sozusagen, dass sich die  
543 Situation noch mehr verschlechtert. (00:41:32)

544

545 **A:** Ja, also die Chancen wären dann sicher geringer, weil man nicht mehr so intensiv mit ihr  
546 therapeutisch arbeiten kann. Das ist gar keine Frage. (00:41:39)

547

548 **Fi:** Also ich hätte jetzt auch eine Frage, also ich weiß jetzt nicht, aber wenn man zum  
549 Beispiel, sie sagt ja, sie möchte ja in so einen Palliativstation, weil sie endlich ihre Ruhe  
550 haben will. Wenn man jetzt sagen würde: Anna, weißt du was, wir haben uns das überlegt  
551 jetzt und du willst deine Ruhe haben, die sollst du jetzt haben. Also du wirst jetzt nach Hause  
552 entlassen, kannst da essen, so viel du willst und so, aber mit einer Bedingung. Weil ich  
553 glaube, das ist vielleicht, um einfach ihren Geist anzusprechen, wir machen das, aber mit der  
554 Bedingung, dass du schon natürlich dich ein bisschen kontrollieren lassen musst, wie das so  
555 läuft. Aber die Bedingung ist, dass sie einfach eine Aufgabe bekommt. Also ich weiß jetzt  
556 nicht, in wie weit sie körperlich so belastbar wirklich für eine Arbeit wäre, aber sie muss eine  
557 Aufgabe haben und wenn es meinetwegen, was weiß ich, eine Hospitanz im Kindergarten  
558 oder irgendetwas, mir fällt der Kindergarten halt immer so ein weil ich gemerkt habe, dass sie  
559 kinderlieb ist. Und ich meine, wenn sie dort umfällt, das glaube ich, da kann man sagen: da  
560 kannst du nicht umfallen vor Schwäche, da sind Kinder, die wollen mit dir spielen, du musst  
561 dich ein bisschen kümmern um sie. Also dass sie eine Aufgabe hat, aber dass man sagt: dann  
562 darfst du auch nach Hause und iss einfach, was du denkst und du musst aber jeden Morgen  
563 über einen gewissen Zeitraum da hingehen. Die Hoffnung ist jetzt vielleicht für mich, dass ein  
564 Wunder passiert und sie merkt, ich werde da gefordert und die brauchen mich, ich muss ein  
565 bisschen zu Hause was essen. Wobei, das ist vielleicht nur so wie Lieschen Müller das denkt,  
566 aber/ (00:43:20)

567

568 **A:** Aber die wichtigere Frage ist ja: könnte denn zu Ihnen nach Hause? (00:43:24)

569

570 **Wo:** Gar kein Problem. (00:43:25)

571  
572 **A:** Das ist kein Problem. Das würde gehen. Ich meine, das ist natürlich möglicherweise nicht  
573 die Handlungsoption, die wir bevorzugen würden. Aber man muss natürlich auch mal  
574 durchspielen, was macht man denn, wenn man sie in der stationären Behandlung, das wäre die  
575 erste Option, nicht halten können? Und solange sie einwilligungsfähig ist dürfte es schwer  
576 sein mit Zwangsernährung und Zwangsunterbringung. Das heißt wir haben dann  
577 möglicherweise gar keine Option, sie tatsächlich dort mit Zwang zu halten und dann müsste  
578 man auf die zweite Option, nämlich diese ambulante Betreuung eventuell ausweichen oder  
579 man würde sich am Ende entscheiden, doch ihren Wünschen zu folgen und die dritte Option,  
580 das heißt nämlich Hospiz oder palliative Therapie, ausweichen. Wir müssen so ein bisschen  
581 auf die Uhr gucken, weil wir insgesamt ja nur eine Stunde haben, dann kommen die nächsten  
582 Termine. Herr Frei muss dann gleich weg, Sie müssen auch wieder auf Station, sodass wir  
583 vielleicht jetzt mal so ein bisschen zur Bewertung übergehen sollten. Also wir haben jetzt  
584 diese drei sozusagen Handlungsoptionen herausgearbeitet: die erste wäre wirklich fortgesetzte  
585 stationäre Therapie mit den Therapieansätzen, die sie zulässt. Und das zweite wäre, dass man  
586 sagt, nein, man wechselt auf den ambulanten Bereich, vielleicht um ihr damit mehr Ruhe zu  
587 geben, die sie wünscht, vielleicht auch, dass man versucht, sie mit Aufgaben zu versehen und  
588 dass sie so ein bisschen Sinn findet. Wobei man sich da nicht zu große Hoffnungen machen  
589 darf wahrscheinlich. Und das dritte wäre die rein palliative Versorgung in einem Hospiz.  
590 Wenn wir jetzt mal sozusagen in die Fürsorgeperspektive gehen. Also nicht gucken, was sie  
591 will, sondern wenn wir uns überlegen, was wäre denn aus unserer Sicht die beste Strategie,  
592 welche dieser drei würden Sie denn dann bevorzugen? Frage in die Runde, jeder darf was  
593 sagen. (00:45:12)

594  
595 **Fr:** Also ich glaube aus medizinischer Sicht hätte sie die größten Chancen auf eine  
596 gesundheitliche Verbesserung in der weiteren stationären Therapie bei uns. Da hätte ich eben  
597 die Sorge, dass es ambulant zu wenig Therapie ist. Auch wenn es natürlich sein kann, dass ein  
598 Wechsel des Umfelds mal kurzfristig etwas bringt. Auf der anderen Seite ist es natürlich auch  
599 ein, ja, Umfeld, was sie natürlich seit vielen Jahren auch kennt und wo wir ja über die Jahre  
600 hinweg auch gesehen haben, dass es auch nicht besser geworden ist. Also ich glaube, die  
601 größten Chancen sind nach wie vor bei der stationären Therapie auf einer psychiatrischen  
602 Station, dass das für die das Beste wäre. (00:46:01)

603

604 **A:** Ok, genau, ich wollte sie gerade bitten, das noch einmal zuzuspitzen. Weil es ist ja so, wir  
605 haben keinen idealen Weg. Der ideale Weg, dass wir sie relativ schnell gesund machen  
606 können, der steht uns nicht zur Verfügung. Sondern wir haben im Prinzip drei Wege, wo wir  
607 gucken müssen, welcher ist denn von diesen dreien noch der insgesamt am beste. Und da  
608 würden sie sagen, doch noch mal der Versuch, stationär weiter zu machen. Frau Fischer/  
609 (00:46:23)

610  
611 **Fi:** Das ist auch meine Meinung. Das würde ich unter allen Umständen versuchen. Ich habe  
612 eben nur die Angst, dass wenn eben so der Zwang, man müsste eigentlich auch  
613 Zwangsmaßnahmen oder irgendetwas müsste man machen gegen ihren Willen und dass sie  
614 dann absolut abbricht. Aber also ich würde das auch befürworten und erst dann als, ja, zweite  
615 Option, das mit der ambulanten Pflege und diesen Aufgaben. Aber das ist also nur wirklich,  
616 da hoffe ich auf ein Wunder, es könnte ja klappen. Aber ich würde unter allen Umständen  
617 alles jetzt versuchen, mit ihr zu sprechen, immer wieder. Und eine Stabilisierung jetzt auch  
618 vielleicht in ihrem Willen irgendwie herzustellen. (00:47:23)

619  
620 **A:** Herr Wolf/ (00:47:26)

621  
622 **Wo:** Genauso. (00:47:27)

623  
624 **A:** Genauso, wahrscheinlich ganz klar, sozusagen mit allen Mitteln noch weiterkämpfen.  
625 (00:47:31)

626  
627 **Wo:** Aber wenn das nicht klappt, dann muss ich mir einen anderen Schritt noch überlegen.  
628 Also ich gebe nicht auf. Ich gebe überhaupt nicht auf. (00:47:39)

629  
630 **A:** Haben Sie denn noch was im Hinterkopf, was wir jetzt nicht überlegt haben als  
631 Handlungsoption? Wenn Sie sagen, Sie müssen noch weitere Schritte überlegen. (00:47:46)

632  
633 **Wo:** Ich würde dann das Vormundschaftsgericht einberufen nach Paragraph bürgerlichem  
634 Gesetzbuch, dann kommt die Zwangsernährung und würde dann auch die Zwangseinweisung  
635 kriegen. Und wenn der Schritt nicht reicht, würde ich beantragen, dass sie nach USA oder  
636 nach England übertragen wird, weil dort das Problem, das es hier in Deutschland gibt, leider  
637 nicht gibt, da werden sie zwangsernährt und zwangsgesund gemacht, es gibt da 84 Fälle. Der

638 eine Fall heißt Ramsey und das andere ist der Finn Watson, da sind 84 schwer kranke,  
639 aussichtslose kranken Menschen wieder gesund geworden. Aber das ist mein letzter Schritt,  
640 den lassen wir mal ganz weg. Ich hoffe, dass wir einfach in der Behandlung/ Wissen Sie, ich  
641 weiß nicht, man muss doch vielleicht einen Psychiater finden, einen Kollegen von Ihnen, oder  
642 Krankenschwester, oder wen es auch gibt, keine Ahnung, der aber mit unserer Tochter  
643 sprechen kann und die ist ja intelligent, die ist ja nicht dumm! Und dass man einfach sagt, wie  
644 sie sagten schon, dass man einfach mit ihr mal in den Kindergarten geht oder irgendwas, ich  
645 weiß es nicht. Dass man vielleicht nicht nur Behandlung macht, sondern vielleicht mit ihr mal  
646 rausgeht, oder ihr eine Aufgabe stellt. Kann man denn ihr keine Aufgabe stellen? Hilf uns  
647 doch mal bei der Sache, Sie haben einen Fall, oder irgendwas und helfen Sie dabei, wir sind  
648 bisschen ratlos. Und dass man sie ein bisschen fordert und sagt, Mensch, da werde ich  
649 gefordert, ich werde gebraucht, mein Leben hat wieder Sinn. Dass man vielleicht von der  
650 anderen Seite kommt und da mit ihr arbeitet. (00:49:37)

651

652 **A:** Ja, Sie beide haben sozusagen ganz viele sozusagen gute Ideen, was sozusagen die  
653 konkrete Ausgestaltung der Therapie anbetrifft. Das ist nur gar nicht hier jetzt sozusagen der  
654 Raum. Das müssen Sie nachher nochmal vielleicht mit Herrn Frei besprechen. (00:49:47)

655

656 **Wo:** Gut. Ok. (00:49:47)

657

658 **Fr:** Wir haben ja schon einiges auch versucht. (00:49:50)

659

660 **A:** Ja, genau. Aber die eine Frage jetzt noch mal, weil Sie jetzt noch mal die  
661 Zwangsernährung in den Raum gestellt haben. Ins Ausland zu gehen wäre sozusagen eine  
662 Option, ich denke mal, dass wir das jetzt primär nicht in Erwägung ziehen, das kann man im  
663 Hinterkopf behalten. Aber die andere Frage wäre das Betreuungsgericht. Ich meine, Sie haben  
664 das ja schon prüfen lassen, und das Betreuungsgericht hat gesagt, sie ist einwilligungsfähig.  
665 (00:50:11)

666

667 **Fr:** Nein, wir haben das durch einen Kollegen prüfen lassen, einen forensischen Psychiater.  
668 Wir haben das Gericht nicht angerufen. Natürlich könnte man es noch mal gerichtlich prüfen  
669 lassen. (00:50:22)

670

671 **A:** Aber die würden auch noch mal einen anderen Gutachter bestellen. (00:50:24)

672

673 **Fr:** Aber ich habe meine Zweifel, sozusagen, ob das Gericht die Zwangsbehandlung anordnen  
674 wird. Zumal nach dem neuesten Gesetz die Hürden extrem hoch sind. (00:50:33)

675

676 **A:** Ok. Aber gegebenenfalls könnte man versuchen, das noch mal zu überprüfen, ob sie denn  
677 wirklich sozusagen nach ärztlichem Urteil einwilligungsfähig ist. Und wenn sie  
678 einwilligungsfähig ist, dann sind zumindest dann im deutschen Rechtsraum dann die Hände  
679 gebunden. (00:50:48)

680

681 **Wo:** Ich bin da noch nicht ganz sicher. Das Vormundschaftsgericht sagt, wenn die Patientin  
682 physisch krank ist und ihre Daseinssituation nicht mehr richtig beurteilen kann, schwankt hin  
683 und her, dann kann die Zwangseinweisung erfolgen. (00:51:10)

684

685 **A:** Also das müsste man einfach dann gegebenenfalls noch einmal probieren. Also man  
686 könnte dann in dieser ersten Option, wenn wir sagen, das ist der bessere Weg, dann vielleicht  
687 noch mal mit einbauen, als eine Option doch noch mal abzuklären, ob es nicht doch einen  
688 Weg gibt, sie zwangs zu ernähren. Wobei man sich auch da natürlich keine allzu großen  
689 Hoffnungen machen/ Aber es wäre zumindest noch mal eine Möglichkeit, Zeit zu gewinnen.  
690 (00:51:30)

691

692 **Wo:** Der Strohalm, der letzte Strohalm/ (00:51:31)

693

694 **A:** Ja, vielleicht Zeit zu gewinnen, also wenn man ein bisschen das Gewicht heben kann. Das  
695 heißt, die Wohlergehenperspektive, also wenn wir überlegen, was wäre das Beste für sie. Das  
696 Zweite ist ja die Frage: was will sie? Also die Autonomieperspektive. Und da hat sie ja wohl  
697 offenbar relativ klar jetzt gesagt, dass sie gar keine weitere therapeutischen Versuchen mehr  
698 möchte, sie möchte eher Zeit gewinnen, noch ihren Lebensbericht fertig zu schreiben.  
699 Vielleicht können Sie noch mal sagen, Herr Frei, und vielleicht Sie noch mal, Frau Fischer,  
700 wie sie sich geäußert hat, wie sie das begründet hat, diesen Wunsch, ins Hospiz zu gehen.  
701 (00:52:08)

702

703 **Fr:** Also sie hat davon gehört, von diesen Palliativeinrichtungen, neulich wohl erst. Und das  
704 erschien ihr sehr attraktiv, sie wollte schon seit langem, das hat sie mir gesagt, einfach in  
705 Ruhe gelassen werden. Diese ganzen Therapien, das Ganze, sozusagen, immer wiegen jeden

706 Morgen, Ernährung und so weiter, da sieht sie keinen Sinn mehr darin. Sie ist ja sehr, das  
707 muss man sagen, durch ihre Intelligenz und durch ihre jahrelange Erfahrung ist sie schon  
708 quasi eine Art Expertin auch für Magersucht. Also sie kennt natürlich auch andere  
709 magersüchtige Patientinnen und Patienten im Laufe ihrer Zeit und sie kennt sich gut aus,  
710 welche Therapien gibt es und ist auch durchaus reflektiert, kann auch wirklich einschätzen  
711 sozusagen, wie die Chancen sind, was es noch für Möglichkeiten gibt, was für sie eine  
712 Sondenernährung, was bedeutet eine Sedierung für sie. Also all das kann sie relativ gut  
713 verbalisieren und deutlich machen und sie sagt, sie möchte jetzt einen Stopp, sie möchte nicht  
714 mehr psychiatrische, psychotherapeutische Therapie haben. Und sie könnte auch durchaus,  
715 sagt sie, sie leidet unter einer unheilbaren Erkrankung, die in einem bestimmten Prozentsatz  
716 tödlich ist. Und warum soll sie, sagt sie, nach sozusagen ein paar Monaten Elend sterben auf  
717 einer Station, warum soll sie nicht den Rest ihrer Zeit noch schön erleben, in einer schönen  
718 Umgebung im Hospiz. Das sind so ihre Gedanken. (00:53:52)

719

720 **A:** Das heißt, sie hat durchaus das Bewusstsein, dass wenn sie sich jetzt der Therapie in der  
721 Psychiatrie entzieht und ins Hospiz geht, dass sie dann sterben wird. (00:54:00)

722

723 **Fr:** Das versteht sie. (00:54:02)

724

725 **A:** Ok. Gut. Das heißt, wenn man jetzt ihren Willen respektieren wollte, müsste man ganz klar  
726 die Option drei wählen. Das wäre sozusagen geboten. Und im Moment ist der aktuelle Stand,  
727 nehmen wir mal so an, dass sie einwilligungsfähig ist, das heißt der Respekt ihrer  
728 Selbstbestimmung würde das gebieten. Ich finde es interessant, dass Sie jetzt noch mal gesagt  
729 haben ja, sie reflektiert auch über ihren Krankheitsverlauf. Das heißt, sie ist ja intelligent, sie  
730 kann darüber reflektieren, sie weiß, dass sie viele verschiedene Therapieversuche gemacht  
731 hat, sie weiß, dass die nicht erfolgreich waren. Sodass man nicht sagen kann, das ist nur so  
732 eine plötzliche Laune aufgrund einer depressiven Verstimmung, sondern das ist schon so ein  
733 bisschen vor dem Hintergrund einer längeren Erfahrung und Auseinandersetzung mit der  
734 Erkrankung. Also bitte korrigieren Sie mich, wenn ich jetzt zu stark das uminterpretiert habe,  
735 aber so würde ich das sehen. (00:54:55)

736

737 **Fi:** Wobei man ihr noch deutlich machen müsste, dass es eben nicht eine bösartige  
738 Erkrankung ist, die irgendwie da so gottgewollt oder wie auch immer, sondern das hat sie  
739 immer noch in der Hand. Jetzt geht sie ihren Weg weil sie einfach so, ja, auch durch die

740 Intelligenz sagt sie: das ist jetzt mein Weg und den gehe ich jetzt zu Ende. Aber den Weg hat  
741 sie ja eingeschlagen. Man muss ihr noch deutlicher machen, das hat sie einfach so gewählt.  
742 (00:55:27)

743  
744 **A:** Ja, wobei man das ja natürlich auch schon gemacht hat, man hat ja therapeutisch mit ihr  
745 jahrelang gearbeitet. Aber ich denke, dass wir jetzt eigentlich so weit sind, dass wir zu  
746 Synthese kommen können, beziehungsweise auch müssen, so schwer das ist. Und ich fasse  
747 noch einmal zusammen: wir hatten drei Handlungsoptionen versucht zu unterscheiden, das  
748 eine wäre die fortgesetzte stationäre, wo weit sie es zulässt intensive Therapie. Das zweite  
749 wäre, sie nach Hause zu entlassen, so weit wie es geht noch ambulant weiter zu behandeln.  
750 Und das dritte wäre die Verlegung in ein Hospiz. Und dann hatten wir uns überlegt, was wäre  
751 aus unserer Sicht für sie am besten, und da waren Sie relativ einig, dass es die Option eins  
752 wäre, also die fortgesetzten therapeutischen Bemühungen, weil das, was ihr als Alternative zu  
753 Verfügung steht, letztendlich vom Ergebnis her eher schlechter ist. Also man wird sie dann  
754 einfach mit einer höheren Wahrscheinlichkeit verlieren. Und dann aus der  
755 Autonomieperspektive muss man aber sagen, relativ klar, wäre die Option drei geboten. Das  
756 heißt, wir haben jetzt einen ethischen Konflikt zwischen unseren Fürsorgeverpflichtungen auf  
757 der einen Seite und den Autonomieverpflichtungen auf der anderen Seite. Also wir haben die  
758 Verpflichtung, das Beste für sie zu tun, das wäre Option eins und wir haben die Option, aber  
759 auch ihre Selbstbestimmung zu respektieren. Die Frage ist: wie können wir hier jetzt zu einer  
760 Abwägung kommen? Also welche Verpflichtung, Autonomie oder Wohlergehen, soll denn  
761 jetzt den Vorrang einnehmen? Die Frage ist, ob wir das noch begründen können, ob wir  
762 sozusagen gute Gründe angeben können. Und das was wir tatsächlich, glaube ich, machen  
763 können, wir können sagen, nein, die Verlegung in ein Hospiz ist keine Option. Ich glaube, das  
764 könnte man ihr schon verweigern, oder? Also die Frage ist ja immer: kann man es überhaupt  
765 verweigern? Weil wenn man es ihr nicht verweigern kann, dann brauchen wir gar nicht weiter  
766 zu reden. Aber ich glaube, das könnte man schon machen. (00:57:12)

767  
768 **Fr:** Ja, wir müssen da ja sozusagen nicht aktiv werden. (00:57:17)

769  
770 **A:** Genau. Also insofern hätten wir schon diese Option. (00:57:21)

771  
772 **Wo:** Wenn sie entscheidet, was dann? Sie ist ja volljährig. (00:57:27)

773



774 **Fr:** Also wenn sie sozusagen beim Hospiz anklopft und sagt: kann ich aufgenommen werden?  
775 Dann wäre es die Entscheidung des Hospizes, ob sie sie aufnimmt. (00:57:34)  
776  
777 **A:** Genau. Aber man würde ihr ganz klar entgegentreten und sagen: nein, also wir haben das  
778 jetzt abgewogen, sozusagen ihre Wünsche und das, was wir für sie am besten erachten und  
779 sind zu dem Schluss gekommen: nein, diesen Weg unterstützen wir nicht. (00:57:45)  
780  
781 **Fr:** Also es ist zumindest so, dass natürlich ein Hospiz mit uns sprechen würde und sagen  
782 würde: halten sie das für sinnvoll? Und wenn wir dann sagen: nein/ (00:57:54)  
783  
784 **A:** Nein, wir halten es nicht für sinnvoll, ist die Frage, ob sie dann aufgenommen würde.  
785 (00:57:57)  
786  
787 **Fr:** Genau, richtig. (00:57:57)  
788  
789 **A:** Also wir haben da so/ Es ist ganz schwierig in diesem Fall, dass sozusagen es unklar ist,  
790 was wir überhaupt für Möglichkeiten haben, sozusagen aktiv zu werden. Wenn man jetzt  
791 beide Perspektiven abwägt, sie sagen natürlich sofort, Herr Wolf, klar, natürlich für das  
792 Wohlergehen sich entscheiden. Aber wenn man wieder die Autonomie stark macht, muss man  
793 natürlich sagen: naja, aber sie hat sich das überlegt, sie ist einwilligungsfähig, sie hat den  
794 langen Krankheitsverlauf gehabt. Und die Prognose bei dem ersten Weg ist schlecht, muss  
795 man leider sehen, wäre es da nicht vielleicht auch vertretbar ihrem Willen zu folgen? Also ich  
796 stelle das nur als Frage in den Raum, ohne mich da selber positionieren zu wollen. (00:58:38)  
797  
798 **Fr:** Oder wir sprechen noch mal mit ihr und versuchen, den dritten Weg, den Zwischenweg,  
799 zu gehen. (00:58:43)  
800  
801 **Fi:** Also wenn Sie mich jetzt sowohl als Fachpflegekraft oder als Mutter fragen, würde ich  
802 sagen, es gibt einfach Situationen, da muss man auch die Autonomie außer Kraft setzen. Gut,  
803 ob es die reine Objektivität auf der Welt gibt, weiß ich nicht, aber objektiv gesehen ist das  
804 eigentlich eine gesunde Person, die sich über die Jahre krank gemacht hat und jetzt praktisch,  
805 ja, auf der kranken Seite ist. Und jetzt krank ist. Und das würde ich einfach nicht zulassen  
806 können. Also gut, jetzt ist sie in unserer Obhut, wir müssen was finden, ich weiß, einfach so  
807 drüber hinweg zu wischen, aber/ (00:59:26)

808

809 **Fr:** Also was wir natürlich tun könnten wäre sozusagen die Entlassung nach Hause, wenn Sie  
810 sagen, Sie nehmen sie mit nach Hause, als Zwischenweg, zumindest für eine Zeit lang.  
811 (00:59:37)

812

813 **Wo:** Aber das muss man ja genau überlegen. Wenn sie nach Hause kommt. Wie die Pflege  
814 wird. (00:59:41)

815

816 **Fr:** Genau. Man muss dann eine ambulante Therapie organisieren. (00:59:43)

817

818 **Wo:** Richtig. Und ob wir dann den Richtigen finden und also da ist doch das Risiko enorm  
819 hoch, das können wir, glaube ich, als Eltern gar nicht verantworten. Da würden wir  
820 wahrscheinlich/ Ach, ich weiß es nicht. Ich meine, wenn es sein müsste, wenn es die zweite  
821 Option ist und sie sagt: dann lasst mich nach Hause gehen, Ok. Dann ist es klar, dann kommt  
822 sie nach Hause. (01:00:10)

823

824 **Fr:** Lieber nach Hause als in ein Hospiz. (01:00:11)

825

826 **Wo:** Ja ja, also wenn man das ihr sagt, bevor sie dann ins Hospiz geht, gehe doch nach Hause.  
827 Da hast du es bequemer und besser und so und dass man da die Chance hat, sie doch wieder  
828 zurückzuführen ins Leben, das wäre/ (01:00:28)

829

830 **A:** Also ich höre so ein bisschen sowohl bei Ihnen, Frau Fischer, also auch bei Herrn Wolf  
831 raus, dass man jetzt in dieser Abwägung zunächst doch eher für das Wohlergehen entscheiden  
832 sollte. Herr Frei, sie haben sich jetzt noch gar nicht sozusagen positioniert in dieser  
833 Abwägung. Wie würden Sie das sehen? (01:00:45)

834

835 **Fr:** Also ich kann es schwer so abstrakt sagen. Also ich kann das nachvollziehen, sozusagen  
836 ihren Wunsch und sei es in einem Hospiz oder zuhause eben zu sein und mal rauszugehen,  
837 zumindest aus der stationären Therapie. Und insofern würde ich eher dazu tendieren,  
838 tatsächlich sie da ernst zu nehmen ihrer Selbstbestimmung auch. Und zu sagen: ok, wir  
839 machen jetzt mal zumindest eine Pause. Und wenn wir dazu bringen können, dass sie lieber  
840 nach Hause geht, das wäre sicherlich auch besser, aber dazu würde ich eher tendieren. Als  
841 jetzt sozusagen einfach fortzusetzen mit der stationären Therapie. (01:01:34)

842

843 **A:** Also so ein bisschen habe ich das Gefühl, dass man vielleicht noch mal versuchen sollte,  
844 für das Wohlergehen zu kämpfen, aber das vielleicht nicht mit allen Mitteln. Und zwar nicht  
845 mit allen Mitteln, weil das ja eigentlich nicht ihren Wünschen entspricht. Das heißt, also ich  
846 könnte mir vorstellen, also Anwendung von Zwang oder so was würde sich wahrscheinlich  
847 aus guten Gründen eigentlich verbieten. Weil das sozusagen doch eine relativ, soweit man das  
848 jetzt sagen kann, überlegte Entscheidung ist von einer einwilligungsfähigen neunzehnjährigen  
849 Frau. So muss man das einfach sehen. Sodass man ja vielleicht sagen könnte, Sie versuchen  
850 noch mal, auch mit den Anregungen, die Frau Fischer gegeben hat, zunächst mal, sie noch  
851 mal für eine Verlängerung der stationären Betreuung, Option eins, zu gewinnen. Und wenn  
852 sie dann aber sagt: nein, das kommt überhaupt nicht in Frage, dann die Option zwei  
853 anzubieten, also sozusagen nach Hause zu gehen. Da müsste man gucken, wie man das  
854 Setting so macht, dass Sie alle das einigermaßen ertragen können. Und dann wäre nur noch  
855 die Situation vor auszudenken, was machen wir, wenn sie dann sagt: nein, ich gehen nicht  
856 nach Hause, ich will ins Hospiz. Würde man dann sagen: ja ok, wir unterstützen das? Oder  
857 würden Sie dann/ Weiß nicht, ob man das jetzt schon vorhersehen kann oder ob man das dann  
858 noch mal neu entscheiden muss. (01:02:54)

859

860 **Wo:** Ich glaube, das muss man erst abwarten, wie die beiden Möglichkeiten sind und dann  
861 entscheiden, wenn sie beides ablehnt. (01:03:00)

862

863 **Fi:** Und vielleicht vor dem dritten Weg, dem Hospiz, sich, weiß ich nicht, auch irgendwie  
864 einen Trick einfallen lassen, aus unserer Sicht. Einen Trick zu Abschreckung oder so.  
865 (01:03:14)

866

867 **A:** Eine gute Idee ist, dass man sie wirklich damit konfrontiert, was dieser Weg bedeuten  
868 würde. Dass es nicht so eine abstrakte Überlegung ist und sie denkt, das wird doch alles ganz  
869 schön. (01:03:26)

870

871 **Wo:** Ich glaube, dass man vielleicht ihr einfach klar machen muss, was du da vor hast und  
872 was du gehen willst. (01:03:31)

873

874 **Fr:** Was Sie gesagt haben, ist gar nicht schlecht, dass man mit ihr mal da hingeht in so ein  
875 Hospiz und zeigt/ (01:03:35)

876

877 **Fi:** Also das würde ich jetzt als Trick bezeichnen. (01:03:38)

878

879 **A:** Man kann auch sagen, das hilft ihr zu einer informierten Entscheidung. Und das sollte eine  
880 Selbstverständlichkeit sein und kein Trick. (01:03:46)

881

882 **Fi:** Ja, also weil sie ja auch rumtrickst mit uns so ein bisschen, dass man sagt, wir versuchen  
883 zwei Schritte voraus zu denken. (01:03:55)

884

885 **A:** Aber dann würde ich doch vorschlagen, jetzt auch mit Blick auf die Uhr, dass wir so  
886 verfahren. Dass wir noch mal versuchen, sie für die Option eins, die stationäre, intensivere  
887 therapeutische Betreuung zu gewinnen. Wenn das nicht möglich ist, würden wir dann ihr  
888 anbieten, dass sie den zweiten Weg, die ambulante Betreuung, vielleicht akzeptiert, als ein  
889 Weg, wo sie vielleicht das, wonach sie Sehnsucht hat, eben doch ein bisschen mehr Ruhe zu  
890 haben und mehr Zeit für sich zu haben, das vielleicht eher findet. Und wir würden ihr  
891 zunächst mal nicht das Hospiz anbieten. Sondern das würden wir im Hinterkopf behalten und  
892 dann können wir uns vielleicht auch noch mal zu einer Folgebesprechung treffen, wenn die  
893 Situation eintritt, dass sie die stationäre Betreuung ablehnt, das ambulant auch nicht  
894 funktioniert, oder sie das ablehnt, und dann noch mal die Situation mit dem Hospiz. Da würde  
895 man sicher vorher noch mal mit ihr hingehen und dann könnten wir uns noch mal  
896 zusammensetzen und dann noch mal besprechen. Wäre das so ein Vorgehen, mit dem Sie alle  
897 leben könnten? (01:04:55)

898

899 **Wo:** Können wir, ja (01:04:51)

900

901 **Fi:** Ja. (01:04:55)

902

903 **Fr:** Ok. (01:04:57)

904

905 **A:** Ok, sehr schön. Dann danke ich Ihnen für das Gespräch. Wir machen ein kleines Protokoll,  
906 werden wir Ihnen zukommen lassen, liegt dann der Krankenakte bei. Und wenn sich  
907 irgendwas aktuell verändert, dann stehe ich jederzeit zur Verfügung. Wir können auch gerne  
908 telefonieren, Herr Frei und gegebenenfalls uns auch noch mal in dieser Runde treffen. Vielen  
909 Dank. (01:05:18)

### 7.3.3. Transkript Fallbesprechung B

#### Teilnehmer:

Moderator B (B)

Dr. Frei (Fr)

Fr. Fischer (Fi)

Hr. Wolf (Wo)

1 **B:** Ja guten Tag, ich darf Sie ganz herzlich begrüßen. Wir treffen uns heute für eine ethische  
2 Fallbesprechung von einer jungen Patientin, die schon seit acht Jahren an Anorexia nervosa  
3 erkrankt ist, schwer erkrankt ist, mit der Fragestellung, ob eine palliative Versorgung für die  
4 Patientin der richtige Weg ist. Genau. Ich wollte sagen, unser Gespräch sollte ungefähr 45 bis  
5 60 Minuten dauern, das ist mal angesetzt dafür. Vorstellung hatten wir schon, der Herr Frei ist  
6 der behandelnde Arzt, Sie sind die Krankenschwester, Sie sind der Vater der Patientin, ich bin  
7 die Moderatorin. Meine Rolle in dem Gespräch ist, das Gespräch zu leiten, zu führen, nach  
8 ethischen Prinzipien, um für die Patientin das bestbegründete Ergebnis zu erreichen. Genau.  
9 Kurz noch zu Gesprächsregeln, wenn Ihnen das recht ist. Also hier hat jeder die gleiche  
10 Stimme, jeder darf gleich viel sprechen, hat gleich viel Redezeit. Auf menschlicher Ebene gibt  
11 es hier auch keine Unterschiede, obwohl klar ist, dass der behandelnde Arzt die  
12 Behandlungsverantwortung hat. Jeder darf gleich viel sprechen und trotzdem verlieren wir das  
13 Zeit- Ziel nicht aus den Augen. Genau. Jetzt, Herr Wolf, Sie sind der Vater der Patientin und  
14 es ist so, dass hier im Behandlungsteam wir alle mal auf den gleichen Stand noch gebracht  
15 werden müssen, rein medizinisch, wie der Verlauf ist. Ihre Meinung ist ganz wichtig auch in  
16 dem Fall. Aber ich würde Sie trotzdem bitten, ob sie zehn Minuten, Viertelstunde draußen  
17 warten könnten, dass wir hier untereinander auf den gleichen Stand gebracht werden, das  
18 wäre sehr nett. Ist Ihnen das recht? (00:02:03)

19

20 **Wo:** Ja, ok. (Verlässt den Raum) (00:02:02)

21

22 **B:** Dankeschön. Genau. Herr Frei, ich würde Sie bitten, kurz mal die Faktendarstellung des  
23 Krankheitsverlaufs uns zu erzählen. Also wie der Krankheitsverlauf war und wie der  
24 Istzustand momentan der Patientin ist, ohne so sehr auch den Willen schon mal reinzubringen.  
25 (00:02:32)

26

27 **Fr:** Ok. Es geht ja um die Anna Wolf, die jetzt 19 Jahre alt ist. Sie hat diese Anorexia nervosa,  
28 seit sie elf war, es war so die Diagnose zum Zeitpunkt des elften Jahres gestellt worden. Dann  
29 wurde zunächst eine ambulante Psychotherapie begonnen, relativ schnell, das hat aber nichts  
30 gebracht, sodass sie dann auch schon relativ schnell stationär behandelt werden musste. Sie  
31 hat jetzt in den acht Jahren seither, glaube ich, zehn stationäre Aufenthalte gehabt. Sie war  
32 drei Mal auch in Spezialkliniken. Sie wurde unter anderem auch zwangsernährt mehrmals,  
33 auch teilweise mit Sedierung. Und die Erfolge waren sehr bescheiden, also es ist kein wirklich  
34 nachhaltiger Therapieerfolg, muss man sagen. Sie musste die Schule verlassen, so, glaube ich,  
35 in der elften Klasse, weil sie einfach nicht mehr nachkam aufgrund dieser vielen Fehlzeiten.  
36 Hat wohl auch keine besonderen Hobbies oder Freunde, sie ist also wirklich sozusagen viel in  
37 Kliniken. Und jetzt war sie acht Monate lang in einer Spezialklinik gewesen, wo das Gewicht  
38 ein bisschen angehoben werden konnte, von 21 auf 24 Kilo. Und da kam sie aber jetzt zu uns,  
39 weil sie dort dann am Schluss schwierig wurde und nicht mehr mitmachte bei der Therapie  
40 und wohl auch etwas aggressiv wurde. Und wir haben sie jetzt seit fünf Wochen bei uns, also  
41 auf einer offenen Station der psychiatrischen Klinik. Und ich selbst sozusagen mache die  
42 Psychotherapie mit ihr, also kognitive Verhaltenstherapie. Und wir haben zu Beginn ein  
43 Ernährungsprogramm aufgelegt. Also wie gesagt, sie war 24 Kilogramm, als sie kam, mit  
44 einem BMI von elf, also schon sehr extrem. Wir haben das Ernährungsprogramm begonnen,  
45 haben dann auch versucht, so Begleiterkrankungen zu behandeln, die sie hat. Also sie hat eine  
46 leichte Depression, sie hat eine leichte Zwangserkrankung mit einem leichten Waschzwang.  
47 Das ist uns auch relativ gut gelungen, medikamentös diese Begleiterkrankungen zu  
48 verbessern. Die eigentliche Anorexie, da haben wir jetzt keinen wirklichen Erfolg gehabt. Sie  
49 hat dann im Verlauf zugestimmt, dass wir eine Sondenernährung machen. Dann ist sie zehn  
50 Tage über Sonde ernährt worden, hat so eineinhalb Kilo zugenommen, hat dann aber gesagt,  
51 sie möchte das nicht mehr. Also von einem Tag auf den anderen, sie möchte diese Sonde nicht  
52 mehr haben. Und jetzt sind wir sozusagen im Grunde so weit, wie wir vorher waren. Sie hat  
53 immer noch diese 24 Kilogramm, ist immer noch so abgemagert. Vielleicht kann man noch  
54 kurz dazu sagen, zum körperlichen Zustand, ist sie eigentlich jetzt nicht unmittelbar  
55 lebensgefährlich bedroht, aber sie hat natürlich gewisse Auswirkungen der Erkrankung. Das  
56 heißt, sie hat eine Wachstumsverzögerung, sie hat eine sekundäre Amenorrhö, sie hat gewisse  
57 Blutbildveränderungen, eine leichte Thrombozytopenie, die natürlich schon auch, ja,  
58 bedenklich sind, klar. Also das ist ihr aktueller Zustand. Habe ich irgendwas vergessen vom  
59 medizinischen her? (00:06:01)

60

61 **Fi:** Nein, eigentlich nicht. (00:06:02)

62

63 **B:** Genau. Jetzt würde ich vom pflegerischen Standpunkt Sie gerne fragen. Wie lang kennen  
64 Sie denn die Patientin schon? (00:06:08)

65

66 **Fi:** Auch seit fünf Wochen. (00:06:10)

67

68 **B:** Seit fünf Wochen, genau. Also wie sehen Sie den pflegerischen Verlauf von Ihrer  
69 Perspektive her, wie ist der Zustand momentan? (00:06:21)

70

71 **Fi:** Ja, also ich habe mit der Anna wirklich so meine guten und meine schlechten Tage. Die  
72 guten Tage, würde ich sagen, sind diejenigen, wo sie einfach offen ist und man mit ihr auch  
73 wirklich reden kann. Meistens sind wir jetzt so angefreundet, kann ich sagen. Dass sie mich  
74 so als Bezugsperson einfach so akzeptiert und wir auch lautstark diskutieren, wieso sie so weit  
75 gekommen ist, wie das weiter gehen soll, das sind also die guten Tage. Und die schlechten  
76 Tage, wie jetzt zuletzt, ist eben so, dass sie abblockt. (00:07:03)

77

78 **B:** Das heißt jetzt, wo sie die abbricht, die Sondenernährung, das sind die schlechten Tage?  
79 (00:07:07)

80

81 **Fi:** Nein und wo sie einfach, die schlechten Tage, wo auch ich, wo ich mir eben einbilde, ich  
82 habe ein bisschen Zugang zu ihr, wo sie auch mich so abblockt, und da ist überhaupt nichts  
83 möglich. Und das sind so für mich die schlechten Tage. Weil, ich glaube, alle haben  
84 inzwischen gemerkt, dass sie hochintelligent ist. Und das ist zwar sehr gut, aber manchmal ist  
85 es fast ein Hindernis, weil sie einen halt so in Gespräche verwickelt und in Diskussion. Aber  
86 ich habe einfach gemerkt, dass das eigentlich die guten Tage sind, weil sie da was aufmacht  
87 und da kann man einfach zu ihr vordringen. Und das ist im Augenblick gerade wieder alles  
88 zu. Und ich versuche, mit viel Geduld, auch mit viel Wut manchmal, das versteht sie auch,  
89 weil wir jetzt, glaube ich, auf so einer Ebene sind, wo wir uns gegenseitig schon auch einiges  
90 an den Kopf schmeißen, aber ich empfinde das eben als Vertrauensbeweis. Und mal schauen,  
91 es kann durchaus sein, dass sie in einer Stunde oder morgen schon wieder aufmacht und man  
92 wieder weiter machen kann. (00:08:24)

93

94 **B:** Also sie haben jetzt vorhin schon erzählt, sie hat also Schule dann abgebrochen, wie lebt  
95 sie denn momentan? (00:08:36)  
96

97 **Fr:** Also wie gesagt, im Grunde ist sie jetzt seit neun Monaten oder so in Kliniken. (00:08:43)  
98

99 **B:** Durchgehend. (00:08:45)  
100

101 **Fr:** Genau, also vor unserer Klinik war sie eben sehr lange in auch längerfristigen  
102 Einrichtungen. Ja, und davor lebte sie bei ihren Eltern. Und nach allem, was wir wissen, hat  
103 sie keine Freunde und auch keine Hobbies. Also sie beschäftigt sich sehr viel mit, wie es zur  
104 Krankheit gehört, eben mit ihrem Gewicht, mit dem Essen, das ist so ihr Inhalt. Und sie ist  
105 sicherlich sehr intelligent, das sehe ich auch so. Aber klar, sie trickst dann auch rum mit dem  
106 morgendlichen Wiegen. Und dann kommt es auch mal vor, dass sie natürlich erbricht, all das,  
107 was eben zur Krankheit gehört. (00:09:28)  
108

109 **B:** Ja, genau. Also was weiß man denn sonst von ihren Einstellungen so zum Leben und wie  
110 sieht sie sich denn in dieser Erkrankung? (00:09:37)  
111

112 **Fr:** Also sie hat mir gesagt, das ist ja auch der Grund, weshalb ich Sie geholt habe, sie hat vor  
113 kurzem einen Bericht über Palliativmedizin gesehen, gehört und das hat sie angesprochen. Sie  
114 sieht ihre Erkrankung als eine unheilbare Erkrankung, also sie kann das durchaus auch  
115 reflektieren und verbalisieren, dass sie sagt, sie hat so einen langen Leidensweg hinter sich,  
116 das ist nicht heilbar, das ist ähnlich wie eine Krebserkrankung. Und sie weiß auch durchaus,  
117 dass da die Wahrscheinlichkeit oder das Risiko besteht, dass sie daran verstirbt in nächster  
118 Zeit. Und sie möchte jetzt einfach in Ruhe gelassen werden, würde gerne noch ihren  
119 Lebensbericht zu Ende schreiben, den sie begonnen hat. Und sie würde am liebsten in ein  
120 Hospiz vielleicht gehen, hat sie gesagt. (00:10:30)  
121

122 **B:** Also hat sie so die Aufgabe ihres Lebensberichts momentan? (00:10:34)  
123

124 **Fr:** Das ist so das, was sie macht zurzeit, genau. (00:10:36)  
125



126 **B:** Ok. Ja gut, also wir haben jetzt ganz gut die Analyse ihrer Krankheit, denke ich,  
127 besprochen. Jetzt wollen wir mal in die patientenspezifische Bewertung gehen. Was gibt es  
128 denn für Therapieoptionen grundsätzlich für diese Patientin? (00:10:57)

129

130 **Fr:** Es gibt natürlich einfach die Option, dass man weiter versucht, sie bestmöglich  
131 psychiatrisch, psychotherapeutisch zu behandeln, was wir tun, wobei jetzt wir nichts weiter  
132 aus dem Ärmel schütteln können. Also wir würden eben weiter versuchen, mit  
133 Psychotherapie, mit Gesprächen, mit medikamentöser Unterstützung,  
134 Ernährungsprogrammen, sie zu behandeln. Die Frage der Zwangsbehandlung stellt sich  
135 meiner Ansicht nach eher nicht. Weil das hat auch in der Vergangenheit nicht wirklich zum  
136 Effekt geführt und wir halten sie auch für einwilligungsfähig. Da hatten wir auch einen  
137 Kollegen aus der forensischen Psychiatrie zur Einschätzung gebeten, der hat das auch  
138 bestätigt. (00:11:44)

139

140 **B:** Was hat er genau bestätigt? (00:11:45)

141

142 **Fr:** Dass sie einwilligungsfähig ist momentan. Ja und ansonsten wäre natürlich die Alternative  
143 mit dieser palliativen Zielsetzung. (00:11:57)

144

145 **B:** Jetzt würde ich ganz gern noch einmal diese drei Möglichkeiten, die wir haben/ Also wir  
146 haben einmal die Möglichkeit der Maximaltherapie. Sie war schon mal zwangsbehandelt, das  
147 heißt, sie hat Erfahrungen damit, unter Sedierung haben Sie am Anfang sogar auch erzählt,  
148 war schon mal. Das heißt, man würde sie wie lange zwangsbehandeln? Wenn man sich für  
149 diesen Schritt entscheiden würde, wie lange würden Sie es denn/ (00:12:27)

150

151 **Fr:** So kurz wie nötig. Man würde eben ein bestimmtes Zielgewicht vereinbaren von ein paar  
152 Kilogramm, was man dann eben innerhalb von vielleicht einigen Tagen oder ein, zwei  
153 Wochen erreicht. Und dann würde man eben tatsächlich versuchen, wieder mit ihrer  
154 Kooperation, mit ihrer Mitwirkung, weiter zu machen. Und da war eben in der Vergangenheit  
155 das Problem, dass sie dann nach einer gewissen Gewichtszunahme wieder zurück ging und  
156 eben nicht mehr mitmachte, nicht mehr kooperierte. (00:12:59)

157

158 **B:** Jetzt wenn man diesen mittleren Behandlungsweg sich einmal anschaut. Sie war ja schon  
159 in verschiedenen Einrichtungen, da waren ja wohl auch Einrichtungen dabei, die sehr gut

160 waren. Jetzt ist die Kreativität ein bisschen vielleicht gefragt. Gibt es denn so Einrichtungen?  
161 Oder könnte sie vielleicht da auch wieder hin, oder was könnte man an ihrem Lebensumfeld  
162 ändern, oder so, dass sie da/ Gibt es da Möglichkeiten, an Selbsthilfeorganisationen, an  
163 anderen Kureinrichtungen? (00:13:33)

164

165 **Fi:** Also so, wie ich sie jetzt ein bisschen kennen gelernt habe, habe ich den Eindruck, also  
166 dieser Wunsch nach Palliativmedizin, einem Hospiz, das ist so auch aus einer gewissen so  
167 intelligenten Sturheit auch geboren. Also sie hat diesen Weg jetzt beschritten/ (00:13:56)

168

169 **B:** Darf ich Sie kurz unterbrechen? (00:13:57)

170

171 **Fi:** Ja. (00:13:57)

172

173 **B:** Und zwar, der mittlere Weg, wenn wir das einfach nur als theoretische Option nehmen, ja,  
174 und da unsere Fantasie spielen lassen, was könnten wir denn für sie tun? (00:14:08)

175

176 **Fi:** Also ich könnte mir vorstellen, wenn ich jetzt also kreativ denke irgendwie, dass diese  
177 Einrichtungen, also wie eine Spezialklinik, sie hat ja einige schon hinter sich. Und die haben,  
178 obwohl sie eine Spezialklinik sind, nur diese Krankheit gesehen. Und ich habe so den leisen  
179 Verdacht, dass sie also irgendwie gefordert werden will, obwohl sie es einfach noch nicht  
180 zugibt. Und ich denke mir, wenn, also ich habe einfach bei unseren Spaziergängen draußen,  
181 da ist ja ein Park, also nicht nur unser Garten hier, sondern auch ein Park, und ich beobachte,  
182 wie sie kleine Kinder beobachtet zum Beispiel. Und dann manchmal sagt: „Ja, das werde ich  
183 auch nicht haben“ und so. Und ich sage: „Warum denn nicht?“. Und ich habe das Gefühl,  
184 wenn man ihr eine Aufgabe geben würde, obwohl das vielleicht völlig jetzt illusorisch ist,  
185 dass sie irgendwie in einem Kindergarten ein paar Tage oder sogar Wochen so verbringt und  
186 sich da nützlich macht. Oder ein ganz krasses Beispiel, dass man sie an die Hand nimmt und  
187 sagt: „Jetzt besuchen wir mal so ein Hospiz, damit du mal siehst, wie das wirklich ist. Weil du  
188 immer sagst, du willst deine Ruhe haben und ich habe dir so oft gesagt, in einem Hospiz wirst  
189 du keine Ruhe haben, weil“/ (00:15:34)

190

191 **B:** Bleiben wir, Entschuldigung, gerade noch mal bei dem mittleren Weg. Also sie sagen  
192 Perspektive da anbieten. (00:15:40)

193

194 **Fi:** Zum Beispiel, ja. (00:15:41)

195

196 **B:** Mit Kindern und so weiter, therapeutische Einrichtungen dazu, gibt es da was in Ihrer  
197 Kreativität, wo sie sagen, da könnte man das auch vielleicht verbinden miteinander, oder wo  
198 man sie hin tun könnte? (00:15:57)

199

200 **Fr:** Klar, man könnte natürlich versuchen, dass man sozusagen irgendwie Tageskliniken  
201 findet, sozusagen wo sie angebunden ist, oder wenn man so in der Richtung denkt, dass man/  
202 (00:16:11)

203

204 **B:** Da gibt es auch Konzepte, wo schon Erfolg war in der Vergangenheit, wo sie zugenommen  
205 hat? (00:16.17)

206

207 **Fr:** Also nicht bei ihr, muss man sagen. Also das wird eben manchmal bei leichteren Fällen  
208 gemacht, dass man sagt, man macht eher eine halbstationäre oder ambulante Betreuung. Sie  
209 war eben sehr viel stationär, das war bei ihr eigentlich immer für notwendig erachtet worden.  
210 Aber klar, es gibt schon, natürlich gäbe es die Möglichkeit, über die Tagesklinik das zu  
211 versuchen zum Beispiel. (00:16.51)

212

213 **B:** Gut, vielleicht können wir hinterher das noch mal, falls das in Frage kommt, noch mal  
214 mehr ausarbeiten. Jetzt die palliative Versorgung, also das wäre ihr Wunsch im Grunde.  
215 Palliative Versorgung wäre auch eine Behandlungsmöglichkeit. Ja, kann man eigentlich an  
216 Kreativität nicht viel sagen dazu, oder? (00:17:17)

217

218 **Fr:** Naja, also ich habe mit ihr ja auch schon/ (00:17:21)

219

220 **Fi:** Also würde ich nicht dafür plädieren. Auf keinen Fall. (00:17:26)

221

222 **B:** Genau. Das ist jetzt der nächste Schritt, für welchen Weg sind Sie denn? Was haben Sie als  
223 Ziel eigentlich für die Patientin, was ist für das Patientenwohl, das was Sie persönlich am  
224 besten halten, ohne, dass sie jetzt das in Betracht ziehen, was die Patientin gesagt hat.  
225 (00:17:41)

226

227 **Fr:** Ich bin mir natürlich auch ein bisschen unsicher, deshalb habe ich Sie ja geholt. Aber ich  
228 glaube, dass es schon medizinisch indiziert wäre, sie weiter zu behandeln, spezifisch auf die  
229 Störung bezogen. Und natürlich kann ich nachvollziehen, dass sie diesen Wunsch nach Ruhe  
230 hat, dass sie diesen Wunsch hat, quasi aufzuhören. Aber ich glaube, auch wenn die Chancen  
231 sehr gering sind, dass man doch noch mal das versuchen sollte. (00:18:17)

232

233 **B:** Ja, genau. Also Sie sind im Prinzip für diesen mittleren Behandlungsweg, dass man  
234 versucht, ihre Umgebung so zu gestalten, dass sie/ (00:18:25)

235

236 **Fr:** Entweder das, oder tatsächlich noch mal stationär, genau. (00:18:29)

237

238 **B:** Zwangsernährung? (00:18:30)

239

240 **Fr:** Nein, Zwangsernährung nicht, das, glaube ich, ist nicht sinnvoll. (00:18:35)

241

242 **B:** Genau. Wie ist es denn bei Ihnen? (00:18:36)

243

244 **Fi:** Das würde ich eigentlich genauso sehen. Natürlich wäre es, glaube ich, jetzt aus ärztlicher  
245 Sicht auch besser, wenn sie eine Zeit lang einwilligen würde, bei uns stationär noch behandelt  
246 zu werden, um noch ein gewisses Gewicht so zu bekommen. Und mit der Aussicht, wenn sie  
247 sich darauf natürlich einlässt, dass sie dann ambulant nur dann behandelt wird. Aber eben mit  
248 dieser Kombination ambulant, wo immer das ist, ob das jetzt eine solche Klinik ist, oder, ich  
249 wage kaum zu hoffen, bei den Eltern vielleicht. Mit gleichzeitigem Fordern, dass sie  
250 irgendetwas macht. Und wenn sie, also mit Kindern, vielleicht sogar mit Jugendlichen, könnte  
251 ich mir vorstellen, dass sie, also gut, sie hat die elfte Klasse jetzt eben abgeschlossen,  
252 irgendwie/ (00:19:27)

253

254 **B:** Vielleicht kann man das dann mit dem Vater sogar noch ein bisschen entwickeln dann das  
255 Ganze. Aber es ist jetzt für sie beide, zumindest da ist kein Dissens da, so, dass man im  
256 Grunde ihre Umgebung noch mal ein bisschen anders gestalten muss, ihr Aufgaben geben  
257 muss, sie psychotherapeutisch begleiten, um sie da auf den Weg da/ Und weder palliativ, noch  
258 Zwangsernährung, außer sie ist einverstanden, sind eigentlich ein Weg. (00:19:50)

259

260 **Fi:** Ja. (00:19:51)

261

262 **B:** Genau. Wenn man jetzt kurz mal fragt noch mit Verpflichtung gegenüber Dritten, gibt es  
263 da irgendwas, also den Eltern gegenüber, die Beziehung, was man da beachten müsste, wenn  
264 man jetzt gerade den Vater dann auch Reinholt? (00:20:06)

265

266 **Fr:** Wie meinen Sie, was wir dem Vater gegenüber/ (00:20:10)

267

268 **B:** Ja, genau, dass wenn man jetzt sagt, man macht palliativ oder so, gibt es da in der  
269 Umgebung irgendwie was, wo man auf die Eltern einfach Rücksicht nehmen müsste? Oder  
270 bei der Patientin selber, dass sie bei der Maximalversorgung überversorgt ist, beim  
271 Therapieabbruch unterversorgt oder so, dass man das einfach ein bisschen sich durchdenkt.  
272 Verhältnis ist gut? (00:20:34)

273

274 **Fr:** Also die Eltern spielen natürlich eine große Rolle. Sie sind viel präsent, also die Mutter  
275 hat ihren Beruf aufgegeben und der Vater, der kommt viel, sozusagen, tritt auch sehr imposant  
276 in Erscheinung. (00:20:44)

277

278 **Fi:** Er ist schon dominierend, das denken wir schon, aber das ist ja verständlich auch, und ich  
279 glaube mit palliativ oder so brauchen wir ihm gar nicht zu kommen. (00:20:53)

280

281 **B:** Brauchen wir jetzt auch nicht. (00:20:56)

282

283 **Fi:** Also könnte ich mir vorstellen, dass da was hochgeht vielleicht bei ihm. Aus  
284 verständlichen Gründen, aber/ (00:21:03)

285

286 **B:** Ok. Genau, gut. Jetzt würde ich sagen, holen wir den Vater rein, dass er noch einmal sagen  
287 kann/ (Holt Herrn Wolf herein) Herr Wolf, kommen Sie bitte rein. Jetzt hat es recht lang  
288 gedauert, oder geht es? So, Herr Wolf, wir haben jetzt eigentlich ganz gut Klarheit über den  
289 Fall bekommen. Wollten Sie vorab irgendwas sagen zu der Sache, oder sollen wir/ (00:21:41)

290

291 **Wo:** Ja, also, ich meine, was wir jetzt hier erleben, ist das typische im Krankenhaus. Der Vater  
292 wird rausgeschickt, um ja nicht bei einem Gespräch zu sein, was Sie führen, um meine  
293 Tochter ins Elend zu bringen. Und das kann ich nicht dulden. Ich dulde es überhaupt in keiner  
294 Form. Ich kämpfe, Sie wissen zufällig, dass ich ein sehr mächtiger Politiker bin und

295 wahnsinnige Macht an der Hand habe um alles durchzusetzen. Wenn meine Tochter mir  
296 erzählt, und das ist das ganz entscheidende, Anna gibt an, zu intelligent für die Therapeuten  
297 zu sein, keiner habe es bis jetzt geschafft, sie zu durchschauen. Und das ist das entscheidende.  
298 Es geht nicht um die Krankheit, es geht darum, Talente von ihr zu fördern. Sie ist  
299 hochintelligent. (00:22:31)  
300  
301 **B:** Herr Wolf, darf ich Sie mal kurz unterbrechen? (00:22:34)  
302  
303 **Wo:** Ja. (00:22:34)  
304  
305 **B:** Also wir verstehen hier alle Ihre Emotionen, es geht um Ihr Kind. Dass Sie da mit Herzblut  
306 drankommen ist wichtig und was wir hier ja machen wollen, deswegen hat das ja der Arzt  
307 auch einberufen, ist, lösungsorientiert zu dem besten Weg zu kommen für Ihre Tochter. Ja,  
308 was für Ihre Tochter realisierbar ist und wo wir ihr am besten nützen, für ihr Wohl nützen, wie  
309 sie am besten von der Fürsorge her, trotzdem ihren Willen respektieren. Und da müssen wir  
310 irgendwie gucken, dass auch Sie natürlich hören, was die Meinung der Behandler ist und die  
311 Behandler müssen natürlich auch hören, was Ihre Meinung zu dem Fall ist. Vielleicht fange  
312 ich jetzt wirklich selber an und erzähle, zu welchem Ergebnis wir gekommen sind.  
313 (00:23:25)  
314  
315 **Wo:** Ja, das wäre sehr gut. (00:23:26)  
316  
317 **B:** Genau. Also die Behandler hier sind der Meinung, dass der palliative Weg erst einmal für  
318 Ihre Tochter kein Weg ist. Den wollen die eigentlich auch nicht mitgehen. Sie sind eher der  
319 Meinung, dass Ihre Tochter noch anders gefördert, anders begleitet, anders mitgenommen  
320 werden muss, damit sie sozusagen weiter leben kann. Und genau. Die Frage ist jetzt, was  
321 machen wir mit dem Willen ihrer Tochter? Sie hat ja auf der einen Seite gesagt, sie will nicht  
322 mehr. Auf der anderen Seite, sagen Sie und auch die Behandler, ist es durchaus sinnvoll und  
323 sie hat Lebensqualität und hat auch ein Ziel vor Augen, ich habe gehört, dass sie noch über ihr  
324 Leben schreiben will, ein Buch und so weiter. Also sie hat Ziele. Es ist hier zwar auch gesagt  
325 worden, dass sie auch gerne mit Kindern vielleicht sogar auch arbeiten würde und da wäre es  
326 wirklich super, wenn Sie uns noch helfen könnten, in dieser Kreativität, wie können wir Ihre  
327 Tochter unterstützen. Also ich sehe, es gibt eigentlich gar keinen Konflikt in dem Weg, was  
328 für Ihre Tochter das Beste ist, zwischen den Ärzten, den Krankenschwestern und Ihnen. Und

329 es ist jetzt wichtig, dass wir an einem Strang ziehen für das Ziel. Und dazu brauchen wir jetzt,  
330 also Sie haben schon gemeint, vielleicht sogar eine offene Betreuung, wo sie eine Aufgabe  
331 hätte und vielleicht mal eine Stunde oder wie auch immer, wie es ihre Belastung zulässt, auch  
332 mal zu Kindern zu gehen und mit denen zu arbeiten. Dass sie eine Aufgabe hat, dass man sie  
333 sozial besser einbindet in irgendein Netz. Haben Sie denn dazu Vorschläge noch, was man  
334 machen könnte? (00:25:27)

335

336 **Wo:** Ja, ich meine, meine Frau hat ja ihren Beruf aufgegeben und alles, um die Tochter zu  
337 pflegen und sie wieder gesund zu machen. Und wir glauben einfach, dass wir mit der Anna,  
338 wenn wir uns mit ihr sprechen und unterhalten, dass da ein Lebensfunken ist, dass es  
339 funktionieren kann. Aber immer wieder sagt sie: „Die Ärzte verstehen mich nicht.“ Und das  
340 ist ein Kernpunkt bei der ganzen Sache. Und sie ist ja auch, wie sie Gewichtszunahme hatte,  
341 ging ja die Depression zurück. Und sie konnte mit den Therapeuten sich unterhalten. Und ich  
342 weiß nicht, warum sie eigentlich immer wieder so schwankt. Einmal sagt sie Magensonde,  
343 zehn Tage später sagt sie, die Magensonde raus, nein, ich will nicht mehr. Warum? Das kann  
344 doch ein hochintelligentes Mädchen, und sie ist nun mal hochintelligent, das wissen wir ja  
345 alle. Aber da muss man doch andere Möglichkeiten haben, als über die Krankheit sie zu  
346 behandeln, sondern andere Impulse bei ihr zu wecken. (00:26:33)

347

348 **B:** Genau bei dem Punkt sind wir. Es ist ganz gut, was Sie jetzt hier sagen. Und bei dem  
349 Punkt waren wir untereinander ja auch schon, dass man im Grunde für sie was findet, wo sie  
350 mehr Sinn und Aufgabe dann auch findet und sie Lebensqualität rausbringt. (00:26:49)

351

352 **Wo:** Ich meine, das Problem ist insofern/ (00:26:50)

353

354 **B:** Was schlagen Sie denn vor? (00:26:52)

355

356 **Wo:** Also meine Frau sagte mir, also noch bevor ich hierher zu Ihnen kam, weil sie einfach  
357 nicht mitgehen wollte und sie verkraftet das auch nicht mehr, weil sie ja jahrelang schon an  
358 der Tochter, und sie wissen ja, ein Kind, das intelligent ist, das eigentlich gesund ist, einfach  
359 physisch krank ist und dass man mit aller Gewalt sie nicht in den palliativen Weg gehen  
360 lassen darf. (00:27:16)

361

362 **B:** Ist ja auch kein Thema. (00:27:17)

363

364 **Wo:** Weil das wäre eigentlich zu leicht für alle Leute, ob sie Ärzte sind, ob sie Eltern sind, das  
365 ist der zu einfachste Weg. (00:27:24)

366

367 **B:** Das ist kein Thema. (00:27:24)

368

369 **Wo:** Es muss einen anderen Weg geben. (00:27:26)

370

371 **B:** Genau. Was würden Sie denn vorschlagen? (00:27:27)

372

373 **Wo:** Und jetzt ist die Frage, sagte meine Frau mir noch gestern Abend: „Holen wir sie nach  
374 Hause.“ Und ich sage: „Wenn wir sie nach Hause holen, weißt du, was wir uns da auf tun? Wir  
375 sind keine Ärzte, wir sind keine Fachleute, wir haben sie zu Hause, und dann gleitet sie uns  
376 aus.“ (00:27:45)

377

378 **B:** Gut. Also haben wir den Weg eigentlich schon mal, was halten Sie von dem Weg?  
379 (00:27:49)

380

381 **Fr:** Es wäre natürlich ein Risiko, wie Sie auch schon ansprechen, dass, wenn dann irgendwas  
382 körperlich passiert, aufgrund der doch schweren Magersucht, dass sie eine  
383 Herzrhythmusstörung bekommt oder dass andere körperliche Dinge aus dem Ruder laufen.  
384 (00:28:09)

385

386 **B:** Also es wäre im Grunde gefährlich für sie. (00:28:10)

387

388 **Fr:** Es wäre gefährlich, da könnte sie sozusagen tatsächlich Schaden nehmen oder sterben.  
389 (00:28:13)

390

391 **B:** Dann ist das jetzt mal kein Weg. Dann haben Sie mal gemeint, die Tagespflege, was könnte  
392 man da anbieten? (00:28:20)

393

394 **Fr:** Also Tagesklinik wäre eben so ein Zwischenweg, dass sie doch zumindest jeden Tag  
395 Anbindung an Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten hätte. (00:28:28)

396



397 **B:** Sie stimmen da zu. (00:28:30)  
398  
399 **Fi:** Ja. (00:28:30)  
400  
401 **Fr:** Und vielleicht mit einer Kombination, mit irgendeiner, ja, gewissen sozialen Tätigkeit, in  
402 der sie Sinn sieht. Also das wäre eine Möglichkeit. (00:28:41)  
403  
404 **B:** Was halten Sie da von dem Weg? (00:28:42)  
405  
406 **Wo:** Ja sehr gut sogar. (00:28:44)  
407  
408 **B:** Sehr gut sogar. (00:28:44)  
409  
410 **Wo:** Ich glaube, wenn man ihre Talente fördert und dass man ihr beweisen kann, dass sie noch  
411 gebraucht wird, dass das Leben für sie einen Sinn hat und gar nicht so viel auf der Krankheit  
412 arbeitet, sondern mehr das Gespräch in eine ganz andere Richtung lenkt. Du wirst gebraucht,  
413 die Menschen brauchen dich, komm, wir gehen mal in eine Station oder wo sie das sieht, wo  
414 sie bewusst wird, geistig das aufnimmt, o Gott, wie kann ich den Menschen helfen, da kann  
415 ich doch mich einsetzen. Dass sie einfach, ich weiß nicht, wie man diese Therapie nennt, aber  
416 dass man einfach das Talent fördert und nicht jeden Tag über Krankheit spricht,  
417 Körpergewicht spricht, und das und jenes. Es muss doch eine Möglichkeit geben, einen  
418 anderen Weg zu gehen. (00:29:28)  
419  
420 **B:** Da sind Sie sich ja alle ganz einig eigentlich, also da/ (00:29:32)  
421  
422 **Wo:** Ja, ich glaub schon, also ich finde das auch toll, dass das passiert, dass man einfach nicht  
423 sagt, man gibt nach, sondern versucht, ein Menschenleben zu retten und ihr später ein schönes  
424 Leben zu ermöglichen. (00:29:44)  
425  
426 **Fr:** Das Problem, also weshalb wir ja auch Sie gerufen haben, ist, dass wir aber hier eine  
427 Patientin haben die 19 Jahre, also die volljährig ist und die sozusagen sehr reflektiert und  
428 entscheidungsfähig sagt, sie möchte das aber nicht. Sie möchte sozusagen einen anderen Weg  
429 gehen. Und deshalb haben wir sie ja eigentlich auch gerufen, also dass wir da so ein bisschen  
430 in der Zwickmühle sind, dürfen wir das überhaupt. (00:30:07)

431

432 **B:** Genau. Also ich denke mal, dass es wichtig ist, dass Sie als Behandler und als Vater oder  
433 Eltern ein Konzept haben, was machen wir in Zukunft, das Sie anbieten können. Weil  
434 momentan gab es ja noch kein so richtiges Konzept. Genau. Und mit diesem Konzept, glaube  
435 ich, können Sie mit der Patientin vielleicht auch noch mal auch anders sprechen. Sie sagen,  
436 Sie haben Einfluss auf sie, als Arzt hat man natürlich auch Einfluss, als Vater natürlich auch,  
437 vielleicht fällt, also Sie sagen, sie hat keine Freunde, aber vielleicht fällt einem ja noch  
438 jemand ein, der Einfluss hat im Rahmen des Behandlungsteams, von der Ergotherapie, oder  
439 ich weiß nicht, ob sie da momentan was machen kann. Dass man mit ihr da noch mal spricht  
440 und ihr was anbietet. Weil von der Biographie sieht man ja schon, dass sie immer wieder  
441 Angebote angenommen hat auch. Dass sie zwar immer wieder Tiefs hat, wo sie dann das  
442 abbricht, aber dann auch Angebote wahrnimmt. Vielleicht, ja, also erarbeiten wir jetzt ein  
443 Konzept, wie man vorgehen möchte am besten. Natürlich kommen wir um ihren Willen nicht  
444 herum. Zwangsernährung, in dem Sinn, kann man eigentlich mit ihr nur machen, wenn sie so  
445 lebensbedrohlich erkrankt ist, dass sie nicht mehr wüsste, was sie tut, oder/ Und das ist auch  
446 noch die Frage, ob man ihr wirklich nützt damit und ob das zu ihrem Wohl auch dient. Ich  
447 denke, es ist rausgekommen, dass man Gespräche mit ihr noch mal suchen muss und ihr  
448 Angebote machen muss. Genau. Wer könnte denn das übernehmen? Oder wollen Sie sich  
449 noch einmal Gedanken machen und dann untereinander zusammensetzen und ihr Angebote  
450 machen? Dass Ihre Frau und Sie noch mal kreativ werden und sagen, das wäre was. Sie  
451 schauen im Rahmen der Klinik an angebundenen/ (00:32:16)

452

453 **Fi:** Ich mache das auf jeden Fall, nur lasse ich mir noch irgendwie etwas einfallen. Ich weiß  
454 jetzt nicht inwieweit sie überhaupt noch befreundet oder ist mit ihren ehemaligen/ (00:32:29)

455

456 **Wo:** Nein, die hat sie abgebrochen. Da ist alles weg. Da kommt gar nichts mehr. (00:32:35)

457

458 **Fi:** Also die andere Seite hat abgebrochen, da kommt kein/ Weil ich meine so lang ist das ja  
459 auch nicht her. (00:32:37)

460

461 **Wo:** Die sind ja alle wieder gesund. Und sie ist ja durch die gerade zu dieser Magersucht  
462 gekommen. (00:32:43)

463

464 **Fi:** Und da ist auch kein Interesse. (00:32:45)

465

466 **Wo:** Und die haben gar kein Interesse mit ihr, weil die sagen, wir kriegen Schwierigkeiten,  
467 mit ihr wieder in Kontakt zu kommen, weil sie so down ist. (00:32:52)

468

469 **B:** Also geht es eher um Beziehungsaufbau? Also vielleicht auch über Selbsthilfegruppen, die  
470 das manchmal auch so anbieten. (00:32:58)

471

472 **Fr:** Das Problem ist natürlich, dass von uns, auch von den verschiedenen Pflegekräften, quasi  
473 immer verschiedenes berichtet wird. Das heißt, die Frau Wolf erzählt auch jedem etwas  
474 anderes und dann ist es natürlich manchmal schwer, rauszufinden, was ist jetzt wirklich  
475 richtig. (00:33:15)

476

477 **Wo:** Das ist das Problem. (00:33:13)

478

479 **B:** Vielleicht könnten Sie sich da ja noch mal zusammensetzen und dann mit einer Zunge  
480 sprechen, beziehungsweise einen Hauptansprechpartner vielleicht finden, der das mit ihr dann  
481 auch bespricht, aber alle auch informiert sind, was wollen wir für sie. Dass sie, im Rahmen  
482 ihrer Erkrankung, die ja eine chronische Erkrankung ist und viele Sachen typisch sind dafür  
483 auch, ein bisschen mehr Orientierung hat für das Ganze. (00:33:42)

484

485 **Fr:** Also wir übernehmen das natürlich gerne, dass wir noch mal im Team sprechen und dass  
486 wir diese Option, ja, sozusagen mal abklopfen mit der Tagesklinik, das natürlich ein gewisses,  
487 höheres Risiko hat, aber vielleicht dann auch auf der anderen Seite eben tatsächlich die  
488 Chance noch mal birgt, dass sie irgendwie einen anderen Weg findet, da raus zu kommen.  
489 (00:34:06)

490

491 **B:** Wird ja von allen als realistisch eingeschätzt im Grunde. (00:34:10)

492

493 **Fr:** Die Chancen sind sicherlich gering, aber es ist noch mal ein anderer Versuch, ja.  
494 (00:34:14)

495

496 **B:** Genau. Ich würde sagen, Sie probieren das und wenn die Patientin immer noch der  
497 Meinung ist, sie möchte auf eine Palliativstation, das ist für sie kein Weg, dann treffen wir uns  
498 noch mal. Oder was sagen Sie dazu? (00:34:33)

499

500 **Wo:** Bevor man alle Wege, die anderen Wege, die juristischen Wege, außer Acht lässt, aber sie  
501 dann ergreift. Weil ich ergreife sie garantiert. Wenn das entschieden wird, dass sie in die  
502 palliative, gehe ich den juristischen Weg. Und schalte das Vormundschaftsgericht ein und alles  
503 Mögliche. Also ich gehe die Konsequenz durch. (00:34:56)

504

505 **B:** Genau, jetzt sind wir ja momentan noch gar nicht so weit, oder? (00:34:59)

506

507 **Wo:** Nein, ich sag ja nur. (00:35:00)

508

509 **B:** Das heißt, wir müssen ja lösungsorientiert schauen, ja, genau. (00:35:03)

510

511 **Wo:** Also ich bin bereit, alles zu machen. Aber ich will meine Tochter, dass sie wieder ein  
512 anständiges Leben führen kann und in ihrer Entscheidung, dass sie diesen Weg einschreitet,  
513 nicht einverstanden bin. Und ich gehe so weit, zu sagen, sie ist dann physisch nicht mehr in  
514 der Lage, ihre weitere Existenz beurteilen zu können. Und dann ist es so. Ich weiß nicht,  
515 wissen Sie, wir kriegen ja keine Antwort darüber, warum sie zum Arzt hü sagt, zur  
516 Krankenschwester hott sagt, und zum Vater Ypsilon sagt. Sie hat immer andere Argumente.  
517 Das ist da der Kern. (00:35:47)

518

519 **B:** Herr Wolf, aber ich denke, wir haben jetzt ganz gut besprochen, wie man doch an einem  
520 Strang ziehen muss. (00:35:54)

521

522 **Wo:** Ja, absolut. (00:35:54)

523

524 **B:** Gibt es denn da unter Ihnen noch was, was geklärt werden muss? Weil Sie waren sich ja  
525 einig über die Behandlung, sie waren sich einig, dass sie alle aktiv werden und so weiter. Gibt  
526 es denn da untereinander noch was, was geklärt werden müsste? Weil eigentlich sind Sie alle  
527 der gleichen Meinung. (00:36:11)

528

529 **Wo:** Ja, ja. Wir haben ja auch schon mal besprochen dass sie/ Sie ist ja wahnsinnig kinderlieb.  
530 Und hat wahnsinnige Bezüge zu Kindern. Dass man sie einfach mal, weiß ich nicht, in einen  
531 Kindergarten nimmt oder/ (00:36:23)

532

533 **B:** Nein, ich wollte jetzt noch mal fragen, untereinander die Kommunikation über das Ganze/  
534 (00:36:27)

535

536 **Fr:** Naja, also ich glaube, wir sind einig sozusagen, dass es Möglichkeiten gibt, es noch mal  
537 zu versuchen, auf der anderen Seite muss man, glaube ich, auch sehen, dass man sie auch als  
538 Person respektieren sollte. Und wie ich sie zumindest erlebe oder wie auch Ihr sie teilweise  
539 erlebt, ist sie schon eine sehr/ Sie hat eine unglaubliche Erfahrung von acht Jahren mit dieser  
540 Erkrankung, mit verschiedenen anderen Patientinnen und sie ist wirklich Expertin in dieser  
541 Erkrankung. Und sie kann es sehr gut reflektieren, sie weiß ganz genau, auch wie gering die  
542 Chancen sind, dass sie von dieser Erkrankung wieder los kommt und wie groß auch wirklich  
543 das Risiko ist, dass sie tatsächlich diese Erkrankung nicht überlebt. Man muss ganz klar  
544 sagen, ich glaube, man sollte auch jetzt nicht versuchen, sozusagen ihr sozusagen etwas  
545 aufzuoktroymieren, was sie nicht will. Also sie hat einen ganz, würde ich sagen, reif  
546 entwickelten Willen, den man schon auch respektieren muss. Also wir können versuchen,  
547 noch mal mit ihr zu sprechen, aber ich glaube, man muss sehen, dass sie eine sehr, eigentlich  
548 auch reflektierte, entscheidungsfähige junge Frau ist. (00:37:37)

549

550 **Fi:** Und da, obwohl das so ist, habe ich trotzdem diese leise Hoffnung, weil sie so reflektiert  
551 ist, dass sie sich so eben das vorgenommen hat: „Da habe ich noch Gewalt über mein Leben,  
552 ich mache jetzt diesen Weg und wenn es eben das Ziel ist, das Hospiz. Aber ich gehe meinen  
553 Weg, weil das ist so mein sturer Weg, den gehe ich.“ Und wenn man ihr wirklich ganz  
554 bewusst mal die, natürlich, ich weiß es nicht, wie sie reagieren wird, aber ihr bewusst macht:  
555 „Da geht um nach links oder nach rechts gehen, sondern das ist dann, entweder lebst du dann,  
556 oder, die Alternative ist das Sterben, der Tod.“ Und da habe ich eben die leise Hoffnung, dass  
557 sie diese Sturheit, die ich jetzt so als Sturheit empfinden würde, es ist zwar reflektiert, aber  
558 man könnte die Reflektion vielleicht auf wirklich was anderes lenken. (00:38:40)

559

560 **B:** Also sind Sie einverstanden, wenn man es jetzt beendet? Weil ich glaube, es wiederholt  
561 sich teilweise so ein bisschen an dem Ganzen. Sie ziehen alle an einem Strang, was ganz toll  
562 ist. Ich würde vorschlagen, Sie setzen sich zusammen, machen da eine Linie, wer spricht mit  
563 der Patientin, was bietet man ihr an. Dass man schaut, dass es eben dann ein guter Moment  
564 ist, wo sie, weil sie hat ja diese Aufs und Abs, da haben Sie ja berichtet und so weiter. Genau.  
565 Dass man so die Umgebung noch einmal wirklich jeder für sich schaut, dass man das besser  
566 für sie organisiert und macht. Und wie gesagt, diese Selbsthilfegruppen sind ja wirklich auch

567 manchmal sehr gute Beispiele, dass wir diese chronische Krankheit in Griff kriegen und dass  
568 man da vielleicht auch noch was macht. Ist Ihnen das recht? (00:39:39)

569

570 **Fr:** Ja klar, wir werden das machen, genau. Nur natürlich kann das nur sein, dass sie  
571 sozusagen bei ihrer Ansicht bleibt und dann stehen wir sozusagen auch wieder vor dem  
572 Problem. Dann müssen wir noch mal sprechen. (00:39:51)

573

574 **B:** Also entweder machen wir noch mal, oder wollen sie es jetzt noch mal sprechen, wie es/  
575 (00:39:54)

576

577 **Fr:** Also ich wäre natürlich schon dankbar, wenn wir auch so einen Weg noch hätten, was ist,  
578 wenn sie bei ihrer Meinung bleibt, was machen wir dann? Also ich meine, Sie haben  
579 vorgeschlagen, zum Gericht zu gehen. Das Problem ist halt, das kann ewig dauern, das kann  
580 sehr lange dauern und ich weiß nicht, ob das für alle sozusagen das Beste wäre und wie der  
581 Richter dann entscheidet, wissen wir auch nicht. (00:40:18)

582

583 **B:** Also wenn man wirklich alles sehr gegen ihren Willen macht, ist es sehr traumatisierend  
584 für Patienten und auch nicht so zielführend natürlich. Und wenn man mit ihr jetzt sprechen  
585 würde, dass man sagt, wenn du es nicht machst, dann lasse ich dich zwangsernähren über das  
586 Gericht, man braucht den Patienten für diese Erkrankung. Es geht nicht ohne. (00:40:43)

587

588 **Wo:** Das ist richtig. (00:40:44)

589

590 **B:** Und da können Sie vielleicht auch mit Ihrer Frau noch mal darüber nachdenken, inwieweit  
591 man ihr wirklich auch schadet, wenn man sie zwangsernähren lässt gegen ihren Willen. Sie  
592 hat es ja bis jetzt mit ihrem Willen geschehen lassen, wenn es war. Dass man jetzt versucht,  
593 lösungsorientiert den Weg wirklich mit vereinten Kräften zu gehen, ohne immer daran zu  
594 denken, eigentlich Gericht oder eigentlich palliativ, sondern auf der Linie bleiben.

595 (00:41:11)

596

597 **Wo:** Nein nein, das sollte man abschalten lassen. Ist schon richtig. Da bin ich auch dafür.

598 (00:41:13)

599

600 **B:** Und ich würde eher vorschlagen, man trifft sich wirklich noch mal, wir wissen ja jetzt alle  
601 um den Fall, es wird dann vielleicht auch ein bisschen besser gehen, und schaut, wie hat sie  
602 denn reagiert auf die verschiedenen Maßnahmen. (00:41:24)  
603  
604 **Wo:** Es kommt vielleicht darauf an, dass man den passenden Moment findet, das Gespräch zu  
605 führen, in welcher Verfassung sie ist. (00:41:32)  
606  
607 **Fi:** In welcher Verfassung, ja/ (00:41:33)  
608  
609 **Wo:** Dass man genau den guten Punkt passt, wo sie sich öffnet, wo sie vielleicht sich dann  
610 öffnet und dann ja sagt. Aber die Frage ist natürlich immer wieder: das ja ist für vier Tage  
611 oder das ja ist für drei Tage. Und das ist, was mich einfach ein bisschen sprachlos macht.  
612 (00:41:50)  
613  
614 **B:** Ja, das ist auch schwer bestimmt. (00:41:52)  
615  
616 **Wo:** Warum sie ständig hin- und hergeht. Also wie kann das sein? (00:41:59)  
617  
618 **Fr:** Das gehört zur Erkrankung. Das ist sozusagen Teil der Erkrankung, ja, diese Ambivalenz,  
619 wie wir sagen, also dass sie sozusagen mal einsieht, „Das ist nicht der richtige Weg“,  
620 sozusagen, „Ich müsste mehr essen, oder ich müsste mitmachen“, und dann aber sozusagen  
621 wieder übermannt wird von den Gedanken „Ich bin zu dick, ich darf das nicht machen, ich  
622 muss mich kontrollieren.“ Das ist dieses Hin und Her, das sehen wir bei allen Patienten  
623 letztlich. (00:42:26)  
624  
625 **Wo:** Oh je. (00:42:27)  
626  
627 **Fi:** Man müsste fast ein bisschen auch zu einem Trick greifen, so, wie sie uns ja auch  
628 austrickst und denkt, dass wir das nicht herausfinden, wenn sie sich da irgendwas einnäht, um  
629 ein bisschen schwerer zu sein oder Wasser trinkt, bevor sie sich wiegen lässt. Dass man sie,  
630 also es ist vielleicht sehr romantisch gedacht von mir, aber wirklich an die Hand nimmt und  
631 sagt eben: „Wir gehen jetzt mal heute da hin, in den Kindergarten oder irgendwas.“ (00:42:57)  
632  
633 **Wo:** Das finde ich gut. Das finde ich sehr gut. Raus aus dem Krankenhaus. (00:43:00)

634

635 **Fi:** Also einfach, man nimmt sie und sagt: „Heute schaut unser Tag mal ganz anders aus.“ Ob  
636 sie sich auf diesen Trick/ Also wo man einfach den Patienten, ihm was Positives überstülpt  
637 und sagt: „Komm, mach jetzt mit!“ (00:43:15)

638

639 **B:** Ich würde es jetzt vielleicht gar nicht so viel Trick nennen, weil wir wollen ja offen und  
640 ehrlich sein. Aber ich finde Ihre Idee super, dass Sie sagen, ich probiere es einfach mal anders.  
641 Und ich weiß nicht, wie Sie das als behandelnder Arzt sehen und Sie als Vater haben ja schon  
642 gesagt/ (00:43:29)

643

644 **Wo:** Ich finde das positiv, absolut. Genau mein Gedanke. (00:43:31)

645

646 **Fi:** Also ich weiß nicht, ob das zu vorpreschend ist. (00:43:32)

647

648 **Fr:** Nein, das können wir versuchen, ja. (00:43:34)

649

650 **Fi:** Ich habe nur eben die Angst, dass wenn man es ihr vorher ankündigt, „Wir haben heute  
651 das und das vor, um dich da rauszuholen“, dass sie da schon wieder zu macht, anstatt dass  
652 man sagt, einfach kommt und geht und so. (00:43:44)

653

654 **Wo:** Wenn man reinkommt morgens und „Hallo, komm mit, wir gehen heute raus“ (00:43:45)

655

656 **Fi:** Also dieses etwas übertölpeln etwas. (00:43:48)

657

658 **Wo:** Phantastisch. Genau so, das finde ich richtig. Super. (00:43:52)

659

660 **Fi:** Also das also Trick empfinde ich. Also einen Versuch wäre es wert vielleicht. (00:43:54)

661

662 **B:** Also Sie setzen sich im Team zusammen, Sie haben ja regelmäßig Teambesprechungen  
663 und schauen, dass Sie da mit einer Zunge sprechen, alle das gleiche. Die, die den besten  
664 Zugang zur Patientin haben, nehmen das auch in die Hand, das Ganze, dass jeder hier ein  
665 bisschen und da ein bisschen und genau und ok? (00:44:11)

666

667 **Wo:** Prima, ja, ganz toll. (00:44:12)



668

669 **Fr:** Ok. Danke schön. (00:44:13)

670

671 **B:** Also, danke. (00:44:14)

672

673 **Fi:** Vielen Dank auch, ja. (00:44:16)

### 7.3.4. Transkript Fallbesprechung C

#### **Teilnehmer:**

Moderator C (C)

Dr. Frei (Fr)

Fr. Fischer (Fi)

Hr. Wolf (Wo)

1 **C:** Ja vielen Dank, Ralf, für deine Anfrage. Wir kennen uns ja seit langem, aber noch nie hat  
2 es die Gelegenheit gegeben, dass wir eine Ethikkonsultation zusammen machen in dieser  
3 Konstellation. Ist also für uns beide neu. Und bevor wir loslegen, ich habe ja gesehen, dass  
4 die vorgesehenen Teilnehmer schon in Reichweite sind, eine Frage an dich. Und zwar: was  
5 war deine Wunschvorstellung, wer sich hier beraten soll? Und wie kommt die Auswahl der  
6 Teilnehmer zustande? (00:00:32)

7

8 **Fr:** Also wir haben sozusagen bei den Teambesprechungen auf Station eben das Problem  
9 gehabt, dass wir nicht weiter wussten, es gab auch in der Pflege unterschiedliche Stimmen  
10 und in der Ärzteschaft. Und dann fand ich es naheliegend eben sozusagen eine Ethikberatung  
11 einzuschalten, weil ich auch darum weiß, welche Hilfe das sein kann. Und wir fanden es  
12 wichtig, in diesem Fall jetzt, also neben der ärztlichen Perspektive jemanden von der Pflege  
13 auf jeden Fall dabei zu haben und eben die Bezugspflegerin, die am meisten Kontakt zu der  
14 Patientin hatte, die sie am besten kennt. Wir haben dieses Bezugspflegesystem. Und dann  
15 auch, in diesem Fall ist es, glaube ich, auch wichtig, jemanden angehörigen, insbesondere den  
16 Vater, der sich da sehr engagiert, der natürlich die Patientin schon sehr lange begleitet in  
17 dieser Krankheitsphase. Die Patientin selber, die Frau Wolf, wollte nicht teilnehmen. Ich habe  
18 sie gefragt und zumindest zum jetzigen Zeitpunkt wollte sie es nicht, wollte sie eigentlich,  
19 dass wir das machen. Sie ist schon einverstanden, dass wir miteinander sprechen, das weiß  
20 sie, aber sie möchte nicht teilnehmen. (00:01:53)

21

22 **C:** Ja, danke. Also ich bin natürlich ganz einverstanden mit der Vorauswahl, ich wollte mich  
23 nur orientieren und zwar hat das folgenden Hintergrund: es macht immer einen gewissen  
24 Unterschied aus, ob eine Ethikkonsultation startet, weil sich die Behandelnden untereinander  
25 oder aber mit Angehörigen oder Patienten eventuell uneinig sind. Und vor diesem  
26 Hintergrund versuche ich immer gleich am Anfang herauszufinden: braucht eine bestimmte  
27 Personengruppe, wie zum Beispiel das interdisziplinäre Behandlungsteam, die Möglichkeit,

28 frei heraus über ihre Uneinigkeit zu sprechen, mit dem Ziel, sich vielleicht einigen zu können,  
29 um dann mit den Angehörigen oder Patienten zusammen zu kommen. Und auf der anderen  
30 Seite, ist es Patienten oder Angehörigen zuzumuten, dass sie dieses sozusagen bewegte  
31 Miteinander und Gegeneinander, dass sie das miterleben. Und da würde ich dich einfach um  
32 deine Einschätzung bitten, weil ich es ja nicht beurteilen kann. Es besteht sehr wohl die  
33 Möglichkeit, dass wir zuerst das Interdisziplinäre intern versuchen, zu einer gemeinsamen  
34 Linie zu besprechen und dann den Angehörigen dazu bitten. Oder aber, wenn es darum geht,  
35 Uneinigkeit oder Orientierungsbedürfnis mit dem Vater gleich von Anfang an zu besprechen,  
36 habe ich gar keine Einwände, dass er von Anfang an teilnimmt. Es ist eigentlich eure  
37 Entscheidung. (00:03:20)

38

39 **Fr:** Ja. Also es gibt jetzt keinen großen Konflikt im Team. Es ist eher so, dass es eine gewisse  
40 Unsicherheit gibt, in welche Richtung es gehen soll. (00:03:31)

41

42 **C:** Und der Vater? (00:03:35)

43

44 **Fr:** Der Vater hat, soweit ich weiß, schon eine bestimmte, klare Position, die sich sozusagen  
45 eher etwas reiben könnte an manchen unserer Positionen. Also wir haben auch eigentlich die  
46 Gepflogenheit, dass wir da bei verschiedenen Fallgesprächen auch über medizinische Fragen  
47 eigentlich mit den Angehörigen immer recht offen sprechen, sodass ich glaube, dass es kein  
48 Problem wäre, mit dem Vater gleich von Anfang an zu sprechen. (00:04:03)

49

50 **C:** Ja, also da bin ich völlig einverstanden und dann würde ich sagen, wir starten und wenn du  
51 die Teilnehmenden reinholen könntest. (00:04:11)

52

53 **Fr:** Ja. Grüße Sie. Bitte nehmen Sie Platz. (00:04:22)

54

55 **C:** Guten Tag. (00:04:27)

56

57 **Fi:** Guten Tag. (00:04:27)

58

59 **Wo:** Guten Tag. (00:04:29)

60

61 **Fr:** Ja, das ist [Moderator C], sie ist [der Ethikberater], die das Gespräch jetzt moderieren  
62 wird, und Sie sind der Vater der Patientin, Herr Wolf, und Frau Fischer ist die  
63 Bezugspflegekraft. (00:04:43)  
64

65 **Fi:** Und wir kennen uns ja sowieso. (00:04:44)  
66

67 **C:** Genau, Sie kennen sich, und ich nehme an, Sie haben schon allerhand miteinander  
68 gesprochen. (00:04:49)  
69

70 **Fr:** Wir hatten schon ein bisschen gesprochen. (00:04:53)  
71

72 **Wo:** Teilweise. (00:04:52)  
73

74 **C:** Mehrfach, ach, teilweise. Also ich bin dann auf jeden Fall diejenige, die am Wenigsten  
75 weiß. Und für mich wäre es natürlich hilfreich, wenn wir jetzt damit starten könnten, dass Sie  
76 mich ein bisschen darüber aufklären, wo Sie alle miteinander stehen. Und bevor wir das  
77 machen möchten Sie vielleicht gerne wissen, wie ich das Gespräch ordnen möchte, oder?  
78 Dann sage ich Ihnen mal kurz, was ich vorhabe: also jetzt befinden wir uns gerade in dem,  
79 was ich die Vorbereitung nenne, wer nimmt teil, was machen wir, und so weiter. Die  
80 Anfragenden, das ist in dem Fall unser Oberarzt hier, der bekommt die, Mitschrift kann ich  
81 heute leider nicht sagen, weil ich heute leider keinen Protokollanten dabei habe, was sonst  
82 sehr nützlich ist, aber das, was ich dann nachher noch zusammenfasse, das wird in einer sehr  
83 übersichtlichen Form an ihn gehen mit der Bitte, es, wir sagen in der Schweiz  
84 Vernehmlassung, auszulösen, nämlich, dass andere, die auch etwas davon sich erwarten, es  
85 lesen dürfen und sagen, ich habe teilgenommen und mir fehlt da noch was, oder ich will noch  
86 was ändern oder so. Und dann natürlich, wenn das Protokoll finalisiert ist, wenn es  
87 beschlossen ist, es dann in die richtigen Wege zu bringen, damit beschlossene weitere Schritte  
88 auch umgesetzt werden können. Also dass es nicht einfach nur irgendwo verschwindet. Das  
89 ist der Aspekt des Arbeitsergebnisses. Und daraus merken Sie schon, dass das Gespräch  
90 natürlich Ziele braucht, die es dann auch erreichen soll, und die besprechen wir zusammen.  
91 Ich möchte gerne eben wie gesagt damit anfangen, dass Sie mich auf den neuesten Stand  
92 bringen und mir Gelegenheit geben, Rückfragen zu stellen, vielleicht gibt es auch gegenseitig  
93 noch mal Rückfragen. Und diese Frage- und Antwortsituation ist für mich etwas sehr  
94 wichtiges und intensives und mag vielleicht der Eindruck entstehen, dass das ein bisschen

105 lange dauert, aber das ist halt das Fundament. Und wahrscheinlich mischt sich dann schon  
106 hinein, und wenn nicht, dann würde ich Sie gerne dazu einladen, dass wir daran anschließend  
107 auch schon so was wie eine erste, vorläufige Position jeder sagen. Das, was wir so die  
108 Intuition, die moralischen Intuitionen nennen beim ersten Zuhören. Oder meine Position ist  
109 primär die und die, und aber ich bin offen, darüber zu reden oder ich bin nicht offen, je nach  
110 dem. Also so eine Art wer steht wo. Und dann würde ich halt Schritt für Schritt versuchen,  
111 das Ganze ein bisschen mehr zu analysieren, das heißt nicht unbedingt, dass ich da sehr  
112 theoretisch werde, aber Sie werden vielleicht merken oder auch nicht, dass ich versuche, auf  
113 bestimmte Begriffe hinaus zu fragen, damit ich dann hinterher die Begründungen für das eine  
114 oder andere Vorgehen gut nachvollziehen kann. Es kommt nicht darauf an, dass wir hier  
115 irgendwie in Ethikbegriffen reden, aber es kommt darauf an, dass ich Sie nachher zur Sprache  
116 bringen kann in der schriftlichen Fassung. Und dann, hoffentlich, kommen wir zu klaren  
117 Ergebnissen, idealerweise natürlich einvernehmlich, wobei dann die Frage ist, ob andere, die  
118 jetzt nicht teilnehmen, auch damit einverstanden sind. Da ist aber dann der Punkt, wo meine  
119 Zuständigkeit endet und wo dann Sie vom interdisziplinären Team wieder dran sind. Und  
120 natürlich besteht immer die Möglichkeit, wenn dann noch erneuter Beratungsbedarf auftritt  
121 oder wenn die Patientin sich es anders überlegt, dass man dann noch mal zusammen kommt  
122 und die Sache weiterverfolgt, verbessert, anpasst. Ja, das wäre so ungefähr mein Fahrplan und  
123 wenn Sie zwischendurch irgendwas ganz anderes auf dem Herzen haben, dann sagen Sie es  
124 einfach. Ja? Gut! Dann würde ich mal vielleicht einfach anfangs dich bitten, zu sagen, was ist  
125 jetzt das Hauptproblem oder die Hauptunsicherheit. (00:09:00)

116  
117 **Fr:** Also soll ich noch mal kurz das rekapitulieren, welche medizinische Situation jetzt bei  
118 Anna Wolf besteht? (00:09:09)

119  
120 **C:** Also das, was hier steht, Body-Mass-Index von elf und achtjährige Krankengeschichte, das  
121 weiß ich jetzt, aber es würden mich natürlich einige Dinge interessieren, nach denen ich gern  
122 fragen möchte, aber ich möchte doch lieber gerne, dass du zuerst aus freien Stücken  
123 berichtest, was dir wichtig ist. (00:09:26)

124  
125 **Fr:** Also ich kann es ganz kurz zusammenfassen. Sie hat mit elf, soweit ich weiß, eben diese  
126 Diagnose bekommen, mit elf Jahren. Dann wurde sie zunächst ambulant behandelt, dann aber  
127 auch sehr schnell bereits in einer Klinik. Und in diesen acht Jahren, jetzt ist sie ja 19 schon, in  
128 diesen acht Jahren war sie in vielen Kliniken, insgesamt, glaube ich, zehn Kliniken. Darunter

129 waren auch Spezialkliniken für Essgestörte, wo sie mehrere Monate verbracht hat und wo sie  
130 teilweise auch zwangsernährt wurde, drei Mal, und auch sedierende Mittel bekommen hat. Sie  
131 hat quasi so viel Zeit in Krankenhäusern verbringen müssen leider, dass sie die Schule  
132 beenden musste. (00:10:16)

133

134 **Wo:** Mit elf Jahren. (00:10:17)

135

136 **Fr:** Genau, da sie einfach nicht mehr mitgekommen ist. Und sie hat auch wenig, soweit ich  
137 weiß, wenig sozusagen Freundeskreis und Hobbies, weil sie einfach viel sich in Kliniken  
138 befindet, in letzter Zeit zumindest. Sie war jetzt zuletzt, und der ganze Verlauf, nach dem, wie  
139 ich es jetzt weiß, hat sich in diesen acht Jahren kaum verbessert. Immer wieder so bisschen  
140 wellenhaft. Sie war zuletzt acht Monate in einer Langzeiteinrichtung, Spezialeinrichtung für  
141 Essgestörte, dort war es so, dass es ein bisschen eine Gewichtszunahme gab. (00:10:55)

142

143 **Wo:** Richtig, war es besser. Absolut, ja. (00:10:57)

144

145 **C:** Acht Monate? (00:10:57)

146

147 **Fr:** Zuletzt jetzt, bevor sie zu uns kam. (00:10:59)

148

149 **Wo:** Bevor sie in die Klinik kam. (00:11:01)

150

151 **C:** Acht Monate am Stück. (00:11:01)

152

153 **Fr:** Genau. Da war sie, glaub ich, von 21 auf 24 Kilo, ist die quasi hochgegangen. Sie musste  
154 aber dann dort, wurde dort entlassen weil sie eben zum Schluss nicht mehr kooperierte und  
155 auch wohl teilweise aggressiv wurde. Sie kam zu uns vor fünf Wochen. Und wir haben jetzt,  
156 wir sind ja eben als Universitätsklinik auch natürlich mit schwierigen Fällen befasst oder mit  
157 sehr langwierigen Fällen, haben jetzt begonnen mit einem Ernährungsprogramm, haben  
158 natürlich eine Psychotherapie, eine Einzelpsychotherapie begonnen, die ich auch mit ihr  
159 führe, also kognitive Verhaltenstherapie. Die Bezugspflegekraft, die Pflegekräfte arbeiten mit  
160 ihr. Es ist so, dass die Erfolge sehr bescheiden sind. Wir hatten eine Phase, wo es ganz gut  
161 aussah, da hat sie dann auch akzeptiert, dass sie über Sonde ernährt wird, das ging zehn Tage,  
162 sie hat ein bisschen Gewicht zugenommen, eineinhalb Kilo, und dann hat sie aber gesagt, sie

163 möchte das nicht mehr. Wobei wir nicht genau verstanden haben, was ihre Gründe dafür  
164 waren. (00:12:09)  
165  
166 **Fi:** Warum sie es nicht mehr wollte, ja. (00:12:09)  
167  
168 **Fr:** Sodass man sagen muss, jetzt/ (00:12:12)  
169  
170 **C:** Entschuldigung, sie hat dann gesagt, sie möchte die Sonde nicht mehr. (00:12:15)  
171  
172 **Fr:** Richtig. (00:12:15)  
173  
174 **C:** Und was hat man dann gemacht? (00:12:16)  
175  
176 **Fr:** Dann hat man sie wieder entfernt. (00:12:19)  
177  
178 **C:** Man hat ihren Wunsch umgesetzt. (00:12:20)  
179  
180 **Fr:** Genau. (00:12:20)  
181  
182 **C:** Und wie alt war sie da? (00:12:22)  
183  
184 **Fr:** Das ist jetzt erst vor/ (00:12:24)  
185  
186 **C:** Weil jetzt ist sie 18. (00:12:25)  
187  
188 **Wo:** 19 ist sie. (00:12:25)  
189  
190 **C:** 19, das heißt, sie war schon/ (00:12:27)  
191  
192 **Wo:** Das ist acht Jahre her. (00:12:29)  
193  
194 **Fr:** Genau, das ist vor zwei Wochen gewesen, also das ist in unserem quasi Aufenthalt  
195 passiert, vor zwei Wochen, da war sie schon 19. (00:12:35)  
196

197 **C:** Also sie war volljährig. (00:12:35)

198

199 **Fi:** Sie ist volljährig, ja. (00:12:37)

200

201 **Fr:** Genau. Dazu muss man ja auch sagen, also wir halten sie für einwilligungsfähig, wir  
202 haben einen Kollegen aus der forensischen Psychiatrie hinzugebeten, also, dass er das  
203 überprüfen sollte, der hat das dann auch bestätigt. Und jetzt vielleicht noch zur allgemeinen  
204medizinischen Situation ist es so, dass sie nicht unmittelbar lebensbedrohlich erkrankt ist,  
205aber sie ist natürlich sehr schwer erkrankt und sie hat bestimmte Folgeerscheinungen, eben  
206dass das Wachstum verzögert ist, dass sie eben auch keine Monatsblutung hat und dass sie  
207bestimmte Veränderungen im Labor hat, also eine leichte Knochenmarksschädigung, weniger  
208Blutblättchen, so ein paar Veränderungen körperlicher Art hat sie. Ja, und weshalb ich jetzt  
209sozusagen auch die Ethikberatung einberufen habe, der Auslöser, kann man sagen, ist, dass  
210sie vor ein paar Tagen uns sagte, sie hat sich informiert, sie hat gehört von der  
211Palliativmedizin, von Hospizen, im Fernsehen irgendwo, und das wäre für sie eigentlich eine  
212gute, ja, Option, sie hält ihre Krankheit für unheilbar, sie hält ihre Situation für austherapiert  
213und sie möchte gern in ein Hospiz verlegt werden. Das ist der Wunsch, der von ihr kam, und  
214deshalb haben wir jetzt eigentlich auch, ja, viel diskutiert im Team und auch mit den  
215Angehörigen schon mal und deshalb sind wir jetzt hier. (00:14:15)

216

217 **C:** Ok. Vielen Dank. Es ist wahrscheinlich immer wieder schwer anzuhören. Wie wollen wir  
218weiter vorgehen? Möchten Sie zuerst, oder Sie, etwas ergänzen? (00:14:26)

219

220 **Wo:** Wie sie möchten. (00:14:27)

221

222 **Fi:** Ja, also ich kann gerne jetzt sagen, also ich verbringe ja sehr viel Zeit am Tag mit ihr und  
223also wir haben so unsere, wie ich sage, unsere guten und schlechten Zeiten. Die guten Zeiten  
224sind die, wo man überhaupt zu ihr vordringt. Wo wir normal miteinander sprechen, man kann  
225sagen, sie hat irgendwie so akzeptiert, dass wir ein bisschen so, vielleicht, wie soll ich sagen,  
226angefreundet haben, weiß nicht, wie sie mich sieht, ob sie mich so quasi auch als Mutter sieht  
227oder, weil ich habe einen Sohn, der unwesentlich älter ist, also ich erzähle natürlich auch von  
228ihm viel, oder ob sie mich als ältere Freundin, aber das ist egal. Die guten Seiten sind auch  
229die, wo ich wirklich Streitgespräche mit ihr führe, also wir sind irgendwie auf einem Level,  
230wo ich ihr auch sehr direkt und knallhart auch oft unangenehme, für sie unangenehme



231 Wahrheiten, mich traue ihr zu sagen, sie akzeptiert das auch und dann kommen wir eben auch  
232 in ein Streitgespräch, das sind also die guten Tage. Das kann aber eben auch, ja, von einer  
233 Stunde zur anderen wechseln und dann also sich ins schlechte verkehren und das ist dann, wo  
234 sie wirklich zu macht und man kann überhaupt nichts machen. Nichts sagen/ (00:15:54)

235

236 **C:** Entschuldigung, eine Zwischenfrage: dieses Zumachen, kommt das nur als Reaktion nach  
237 Ihrer Beobachtung, oder ist das auch manchmal unabhängig davon, was Sie getan haben?  
238 (00:16:01)

239

240 **Fi:** Es ist unabhängig davon. Also da ist sie in ihrer Welt so und will also keinen Spalt mehr  
241 aufmachen. Ich glaube nicht, dass es als unbedingt Reaktion ist, wenn ich ihr jetzt was sehr  
242 hartes oder so/ Es ist auch nach guten Gesprächen, oder wo wir uns einfach nur so unterhalten  
243 oder einen Spaziergang machen, kann es sein, dass gar nichts mehr geht. Ja, aber ich lasse  
244 eben, aber ich versuche eben nicht locker zu lassen also ich greife sie immer an, also ich  
245 baggere immer und versuche eben, sie auch von dieser Option, die sie sich jetzt in den Kopf  
246 gesetzt hat, sie davon abzubringen. (00:16:52)

247

248 **C:** Wie ist denn das, also sie haben ja wahrscheinlich die meiste Kontaktmöglichkeit rein  
249 quantitativ und vielleicht auch von der Intensität her zurzeit unter den Behandelnden. Spüren  
250 Sie so was wie einen Lebenswillen, der eventuell weg geht oder abnimmt? Können Sie dazu  
251 was sagen? (00:17:12)

252

253 **Fi:** Ich glaube eben nicht, dass sie keinen Lebenswillen mehr hat. Also sie sagt es zwar,  
254 indem sie diesen Wunsch/ (00:17:22)

255

256 **C:** Dass sie keinen mehr hätte? (00:17:22)

257

258 **Fi:** Das hat sie jetzt mir gegenüber noch nie so als Satz gesagt. Sie mir gegenüber das mit der  
259 eben Hospiz oder palliativ, also dass das was für sie wäre, aus dem einfachen Grund, sie  
260 möchte einfach in Ruhe gelassen werden. Sie hat jetzt so eine Odyssee hinter sich und ich  
261 sage ihr dann: „Natürlich, das verstehe ich, da würde ich auch gerne in Ruhe gelassen werden  
262 nach diesem Ganzen“. Mal soll sie ernährt werden, also zwangsernährt, dann, sie hat ja auch  
263 eben in ihrer Vita ja mehrmals auch zugestimmt, jetzt hat sie eben auf einmal gesagt: „Nein,  
264 ich möchte das auch nicht mehr“. Also ich sage ihr, dass ich sie verstehe, aber sie hat diesen

265 Satz noch nie so gesagt, „Ich habe keinen Lebenswillen mehr“. Sondern ich merke an so  
266 Kleinigkeiten, ich hoffe, dass ich mir das nicht nur einbilde, dass sie einfach da noch nicht so  
267 richtig rausgekommen ist aus dieser Spirale, wo sie sagt: „Nein, das hat alles keinen Sinn“,  
268 weil ich an Kleinigkeiten merke, dass sie interessiert ist an dieser Außenwelt auch. Ob wir  
269 jetzt spazieren gehen und ich animiere sie: „Lass uns doch mal außerhalb der Parkanlage, da  
270 sind so Cafés, lass uns doch mal da sitzen, du siehst junge Leute“. Wir haben hier auch in  
271 unmittelbarer Nähe einen Kindergarten, den sie sich sehr gerne anschaut, die Kinder, wenn sie  
272 draußen spielen. Und merke, sie hat Interesse und sie guckt so auf die Kinder und sagt auch  
273 mal: „Naja, das kann ich auch wohl nicht haben“. Weil sie ist sehr intelligent, das muss man  
274 sagen, und weiß, dass ihre beginnenden körperlichen, also es ist noch nicht, ich kann das jetzt  
275 nicht so beurteilen, aber ich glaube, man kann das, wenn sie gesund werden würde, es in Griff  
276 bekommen, dass sie ihre Periode wieder bekommt, dass sie eine Aussicht hat, doch auch mal  
277 Kinder zu haben. Und manchmal merke ich, dass sie das schon erwischt irgendwie. Dass man  
278 da irgendwie rankommt. (00:19:31)

279

280 **C:** Ja, also das ist sehr aufschlussreich, was Sie da sagen, auch in Ergänzung. Und das mit  
281 dem Thema Lebenswillen, da werden wir sicherlich noch daran knabbern. Sie haben sich ja in  
282 gewisser Weise jetzt schon zu erkennen gegeben, wo sie stehen. Das heißt, sie wollen sie  
283 eigentlich von ihrem jetzigen Anliegen abbringen, weil Sie nicht davon überzeugt sind, dass  
284 die Patientin keinen Lebenswillen mehr hätte. Obwohl das vielleicht aus der Patientensicht ein  
285 bisschen schwankend sein mag oder so, wenn ich es richtig verstanden habe. (00:20:04)

286

287 **Fi:** Richtig, ja. (00:20:04)

288

289 **C:** Und jetzt würde ich gern noch was fragen und zwar: mir leuchtet sofort ein, dass in einem  
290 Team da unterschiedliche Aspekte vielleicht bewertet werden. Gibt es denn auch richtige  
291 Meinungsunterschiede? Jetzt wenn Sie Ihre Kolleginnen und Ihr das zusammen mal kurz  
292 überlegt. Also ein Klärungsbedarf, ein Orientierungsbedarf, das leuchtet mir sofort ein. Mir  
293 kommt es jetzt nicht darauf an, einen handfesten Streit zu identifizieren. Aber gibt es so was  
294 wie unterschiedliche Akzentuierungen von Betrachtungsweisen, die sich schon ausgesprochen  
295 haben im Team? (00:20:44)

296

297 **Fi:** Also ich denke, also im Pflegepersonal auf jeden Fall. Es gibt die Meinungen, natürlich  
298 glaube ich nicht, dass meine Kollegen das wirklich ernst meinen, aber wo sie einfach sagen:

299 „Wir können auch nicht mehr“. Also wir haben hier auch andere Patienten und sie ist  
300 eigentlich so fordernd in ihrer Art, vielleicht auch weil sie so, das werden Sie wahrscheinlich  
301 dann auch bestätigen, einfach so intelligent ist und auch einen immer fordert, dass sie sagen:  
302 „Wir können eigentlich nicht mehr. Uns fällt nichts mehr ein, es hat doch keinen Sinn,  
303 vielleicht wäre es ja ganz gut, wenn sie so ein Erlebnis hätte, in einem Hospiz oder so“, also  
304 sie sind ein bisschen mit ihrem Latein am Ende. Und es gibt aber eben Kollegen und ich  
305 würde mich auch eher in dieser Gruppe sehen, wo wir sagen: „Dann müssen wir vielleicht  
306 noch mal ganz kreativ denken und uns diese Mühe machen und in ganz winzigen Schritten  
307 irgendwie vorwärts kommen“. Weil ich das auch nicht einsehe, wieso man das, man kann  
308 dieses Mädchen nicht so lassen. Also man kann gar keinen so lassen. Aber man sie nicht/  
309 (00:22:04)

310

311 **C:** Nicht aufgeben? (00:22:05)

312

313 **Fi:** Ja, man kann sie nicht aufgeben und auch nicht, in dem Fall, es akzeptieren, dass sie ihren  
314 Willen durchsetzt. (00:22:13)

315

316 **C:** Ja, verstehe. Ja, danke. (00:22:16)

317

318 **Fr:** Ja, in der Ärzteschaft gibt es, sind jetzt natürlich auch nicht so viele Ärzte mit ihr befasst,  
319 aber, ich würde sagen, keine dramatischen Meinungsunterschiede, aber schon natürlich  
320 unterschiedliche Akzentuierungen. Ich glaube, wir sind uns darin einig, dass es eben eine der  
321 schwersten Verlaufsformen von der Anorexie ist und wir wissen natürlich, dass auch ein  
322 gewisser Prozentsatz von Anorexiepatientinnen tatsächlich eben nicht überlebt. Und  
323 bestimmte körperliche Komplikationen sozusagen können dazu kommen, die eben  
324 lebensgefährlich auch sind. Wir haben weiterhin, glaube ich, da sind wir uns auch einig, dass  
325 zumindest die Behandelbarkeit, dass wir da fast am Ende unserer Möglichkeiten sind. Also  
326 uns fällt jetzt nichts weiter, muss ich sagen, mehr ein, als eben das sozusagen weiter zu  
327 machen, was wir bisher gemacht haben. Wir haben natürlich versucht, medikamentös  
328 Begleiterkrankungen zu behandeln, das ist auch ganz gut gelungen, eine leichte Depression,  
329 ganz leicht nur gehabt, leichte Zwangsgedanken, die sind eigentlich weg. Aber die eigentliche  
330 Problematik sozusagen der Körperschemastörung, sozusagen da sind wir eher skeptisch, dass  
331 das besser werden wird. Und es gibt durchaus Kollegen, da gehöre ich auch dazu, die sagen,  
332 die Anorexie kann eben tatsächlich einen unheilbaren/ (00:23:44)

333  
334  
335  
336  
337  
338  
339  
340  
341  
342  
343  
344  
345  
346  
347  
348  
349  
350  
351  
352  
353  
354  
355  
356  
357  
358  
359  
360  
361  
362  
363  
364  
365  
366

**C:** Verlauf nehmen. (00:23:48)

**Fr:** Sozusagen auch tödlichen Verlauf nehmen. Und insofern würde ich, also wenn du jetzt nach meiner Position fragst, tatsächlich auch sagen: ich bin zwar etwas mir unsicher, ich glaube, dass es schon eine Indikation gibt für die weitere Psychotherapie, für die medizinische Behandlung. Ich würde es aber auch respektieren, sozusagen, dass sie den palliativen Weg einschlagen würde. Also wenn das ihr fester Wille ist. (00:24:20)

**C:** Verstehe, ok, danke. Damit ist gleichzeitig noch etwas beantwortet, was ich auch fragen wollte, nämlich: die zugrundeliegende Psychopathologie, das scheint ja nicht sehr ausgeprägt zu sein oder gewesen zu sein, leichte Depression, Zwangsgedanken, die weg sind, also/ (00:24:38)

**Fr:** Also es ist richtig, sie hat jetzt keinen Wahn, keine Halluzinationen, sie ist kognitiv jetzt irgendwie völlig klar, sie ist sehr intelligent, wie gesagt, und sie kann sehr gut alles verstehen, was man ihr auch sagt, die Informationen über die Krankheit, sie ist eigentlich Expertin über ihre Erkrankung, sie guckt auch im Internet, sie weiß sehr viel. Und sie kann es auch sehr gut sozusagen verbalisieren, auch die Vor- und Nachteile der Therapie, sie weiß, was passieren wird. Sie weiß durchaus, dass eben Hospiz bedeutet, dass sie da sterben kann beziehungsweise was passiert, wenn man eben, ja, wenn es nicht behandelt wird, dass es schlechter werden kann. Also sie kann das alles sehr gut reflektieren. Und psychopathologisch muss ich sagen: es gibt natürlich die Einengung ihres sozusagen Geistes auf Körper und auf Essen, das ist natürlich, das gehört zur Erkrankung, also alles was mit Essen zu tun hat, sicherlich pathologisch, aber wir haben jetzt keine schwere Depression, wir haben jetzt keine Psychose oder irgendwelche anderen Angsterkrankungen oder so was. (00:25:52)

**C:** Keine Persönlichkeitsstörung? (00:25:53)

**Fr:** Keine wesentliche Persönlichkeitsstörung. (00:25:56)

**C:** Ja das ist ja ganz wichtig. Ja, Herr Wolf, sie haben so geduldig zugehört. Ihre Sichtweise ist natürlich enorm wichtig. (00:26:07)

367 **Wo:** Tja. Also ich finde es auf jeden Fall sehr gut, dass man dieses Gespräch jetzt offen führt  
368 und nicht immer nur hinter verschlossenen Türen. Und wir sprechen mit der Tochter, und die  
369 Ärzte sprechen mit ihr, da gibt es unterschiedliche Meinungen und die hört man immer stärker  
370 heraus. Und ich glaube einfach, meine Frau ist am Ende. Sie ist jetzt über elf Jahre, hat sie  
371 ihren Beruf aufgegeben und ist nur noch für die Tochter da. Und sie kann nicht mehr, sie ist  
372 fast krank. Und ich habe ihr versprochen, dass ich alles tun werde, dass die Tochter gesund  
373 wird und lebend wird. Es gibt keine Möglichkeit, und wenn die Medizin versagt, muss es  
374 einen anderen Weg geben. Meine Tochter wird nicht sterben und wird nicht auf eine palliative  
375 Station kommen. Das ist für mich keine Lösung. Sie ist intelligent, hochintelligent, sie hat  
376 wahnsinnig viele Talente. Und was sie uns immer wieder sagt, ist, dass sie von den Ärzten  
377 nicht verstanden wird. Weil sie sprechen nur über Krankheiten und über keine Lösungen. Und  
378 das kapiert sie nicht. Und wenn eine Tochter verzweifelt ist, weil sie nicht verstanden wird,  
379 dann müssen wir eine andere Lösung finden. Und wir haben ja nun gerade schon gehört, dass  
380 sie talentiert ist. Vielleicht muss man das Umfeld, ein anderes Umfeld wählen, dass sie nicht  
381 von lauter Krankheiten umgeben wird. Damit sie befreit wird. Damit man nicht ständig mit  
382 ihren Krankheiten und Therapien konfrontiert wird. Wir müssen doch irgendwo einen Schritt  
383 nach vorne machen können, wenn das vielleicht auch gar nicht möglich ist, aber wenigstens  
384 versuchen. Der Strohhalm muss so nah sein, dass wir einfach das Leben der Tochter erhalten  
385 und dafür kämpfen. Und mit keinen Methoden, normalen Methoden arbeiten. Wir müssen  
386 einen anderen Weg finden. Wir müssen vielleicht die Talente von ihr fördern, dass sie merkt,  
387 dass sie gebraucht wird, dass es einen Sinn hat, zu leben, dass man ihr diesen Gedanken gibt,  
388 du bist ja gar nicht krank. Du bist ja gesund. Und diesen Weg zu gehen ist vielleicht ein  
389 atypischer Weg. Aber, ich weiß es auch nicht, aber es muss was geben, dass sie auf keinen  
390 Fall in die palliative Station kommt. Und damit eigentlich dem Ende entgegensieht. Das kann  
391 es nicht sein. Bei einer solchen talentierten und intelligenten Tochter, die ja auch dann, wenn  
392 sie, die hat ja schon mal, war ja aus dem depressiven Charakter war sie ja heraus, wie sie  
393 Gewichtszunahme hatte. Da konnte man sich ja unterhalten. Das fällt ja alles wieder rück.  
394 Warum bricht sie die Magensonde ab? (00:29:23)

395

396 **C:** Ja, warum? (00:29:26)

397

398 **Wo:** Warum bricht sie Behandlungen ab? Aus was für einem Grund? (00:29:28)

399

400 **C:** Wissen Sie es? (00:29:29)

401  
402 **Wo:** Und den Grund wissen wir nicht. (00:29:31)  
403  
404 **C:** Sie wissen es nicht. (00:29:32)  
405  
406 **Wo:** Das ist das Entscheidende. Man muss vielleicht das Gespräch anders führen oder  
407 irgendetwas, dass man an den Talenten von ihr arbeitet, vielleicht ist das eine Möglichkeit.  
408 Bevor wir uns selbst einen ganz harten Schritt erwägen, dass wir die Akupathie machen, die  
409 in den USA ist, und sie nach USA schicken. Weil das in Deutschland noch nicht möglich ist.  
410 (00:29:58)  
411  
412 **C:** Was wäre das? (00:29:59)  
413  
414 **Wo:** Das ist eine palliative Behandlung, wo sie einfach gegen ihren Willen gesund gepflegt  
415 wird. Da gibt es zwei große Partien, das ist Watson und (unv.), das sind Untersuchungen, wo  
416 das dort gemacht wird, und das sind Zwangssachen, da muss man das Vormundschaftsgericht  
417 einschalten, aber so weit sind wir noch gar nicht. Aber ich möchte nicht, ich habe meiner Frau  
418 versprochen, dass wir unsere Tochter am Leben erhalten und dafür kämpfen! Und dieser  
419 Kampf muss aufgenommen werden! Und deswegen sitzen wir ja zusammen. Ich freue mich,  
420 dass wir heute zusammen sitzen und eine mögliche Möglichkeit finden, und wenn wir es nicht  
421 heute schaffen, dann beim nächsten Gespräch. Wir müssen einfach eine Lösung gemeinsam  
422 finden, dass wir die Tochter wieder in ein normales Leben führen. (00:30:49)  
423  
424 **C:** Ja, vielen Dank. Das ist natürlich jetzt sehr aus dem Herzen gesprochen und verfehlt auch  
425 nicht seine Wirkung auf mich, wir haben uns ja noch nie unterhalten. Jetzt habe ich einiges zu  
426 verarbeiten erst mal. Weil ich natürlich mit solchen Fragen schon öfter zu tun hatte, aber ich  
427 bin doch beeindruckt von der Sicherheit, mit der Sie diese Linie jetzt hier vorgetragen haben.  
428 Und was ich sofort verstehe ist: wenn man sich selber so gebunden hat in ein Versprechen,  
429 dann macht einen das natürlich ganz fest und man kann dann auch gar nicht mehr Schwanken,  
430 gibt einem sehr viel Kraft, aber ich weiß nicht, ob man dann auch noch beweglich sein kann.  
431 (00:31:33)  
432  
433 **Wo:** Ja, das ist richtig. (00:31:36)  
434

435 **C:** Also das ist vielleicht ein bisschen schwierig auch jetzt. Denn, was mir die ganze Zeit  
436 gekommen ist, und also ich bitte Sie sehr, das nicht als Kritik oder Infragestellung zu  
437 verstehen, wie schaut es denn aus mit dem Zugang, den Sie und Ihre Frau, die ja anscheinend  
438 krank ist, den Sie jetzt zurzeit zu Ihrer Tochter haben. Haben Sie Zugang zu Ihrer Tochter?  
439 Können Sie mit ihr/ (00:31:57)

440

441 **Wo:** Teilweise. Nur teilweise. (00:31:59)

442

443 **C:** Teilweise. Geht es Ihnen ähnlich wie Frau Fischer? (00:32:01)

444

445 **Wo:** Das ist der ähnliche Fall wie da. Manchmal ist sie ansprechbar, manchmal spricht sie  
446 ganz normal, und manchmal will sie nichts hören. Sie sagt ja immer wieder, und das, was  
447 mich wundert, sagt sie: „Ich werde nicht verstanden“. (00:32:16)

448

449 **C:** Von allen nicht? (00:32:18)

450

451 **Wo:** Die wissen nicht, ich spreche mit denen und ich kriege kein, ich werde einfach nicht  
452 verstanden. Sie sagt, sie ist einfach zu intelligent dafür. (00:32:25)

453

454 **C:** Ganz ehrlich, ist das etwas, das Ihre Tochter auch mit Ihnen erlebt, dass sie manchmal  
455 nicht verstanden wird, oder ist das nur bei den Profis? (00:32:35)

456

457 **Wo:** Nein, bei uns eigentlich, wenn wir sie haben und wenn wir uns mit ihr unterhalten, ist sie  
458 natürlich anders ausgerichtet zu den Eltern, sie wird bei uns nicht so aggressiv, aber teilweise  
459 wird sie auch aggressiv. Das bricht bei ihr auch raus. Das sind Schwankungen. Was wir ja alle  
460 festgestellt haben. Sie ist mal sehr aufgeschlossen und dann macht sie plötzlich zu, aus dem  
461 heiteren Himmel. (00:33:00)

462

463 **C:** Weil was mich so beschäftigt und weswegen ich auch diese Rückfrage jetzt gestartet habe,  
464 ist: Ihre Tochter ist ja erwachsen vor dem Gesetz. Es hat auch eine Fachperson gesagt, sie ist  
465 urteilsfähig. (00:33:14)

466

467 **Wo:** Ja ja, sie ist ja 19 Jahre alt. (00:33:14)

468

469 C: Sie ist ja nicht nur intelligent, sondern sie ist offensichtlich auch in der Lage, von ihrer  
470 Intelligenz Gebrauch zu machen, das ist ja nicht immer dasselbe. (00:33:23)  
471  
472 Wo: Richtig. (00:33:24)  
473  
474 C: Und von da her, wenn sie dann sagt: „Das will ich auf keinen Fall und das will ich schon“,  
475 dann ist das ja für uns schon nicht so ganz beliebig, zu sagen: „Naja, also das machen wir jetzt  
476 nicht“. Mit anderen Worten: wir haben schon den Auftrag, sie als eine Erwachsene auch zu  
477 behandeln. Mit Kindern, mit erwachsenen, ist das ja manchmal so eine Sache, zu realisieren,  
478 dass sie jetzt eigene Leute geworden sind. (00:33:48)  
479  
480 Wo: Richtig. Ja ja, klar. (00:33:47)  
481  
482 C: Und gerade, wenn die Tochter so schwankend ist, wenn der Lebenswille mal spürbar ist  
483 und sie dann wieder sagt: „Ich will nicht mehr“ und so weiter, da würde ich sagen, ist es eine  
484 sehr große Schwierigkeit, anzuerkennen, dass sie einen Willen hat und dass man sich nach  
485 dem richten sollte. Und von daher eben müssen wir uns, glaube ich, noch mal genauer  
486 anschauen, was kann das bedeuten für die Eltern und für die Fachpersonen, für die  
487 Behandelnden, diese junge Frau als Entscheidungsträgerin ihres Lebens ernst zu nehmen, und  
488 wo ist davon die Grenze. (00:34:28)  
489  
490 Wo: Ja, ist richtig, ja. (00:34:30)  
491  
492 C: Sprich, wo ist die Grenze und wo habe ich vielleicht eine andere Pflicht, die mir sagt:  
493 „Also den Willen kann ich jetzt auf keinen Fall respektieren“, weil sie in diesem Moment  
494 nicht bei sich ist, oder irgendeinen anderen Grund würde ich dafür dann suchen und wir  
495 müssen ihr einen Zwang antun, damit sie am Leben bleibt, was ja auch schon so geschehen  
496 ist. Also dieses Thema müssen wir uns ganz sicher noch mal angucken. Und bevor wir das  
497 machen habe ich noch eine Frage an alle. Und zwar, ich höre die ganze Zeit: „Ja, die Anna hat  
498 gesagt, sie hat sich informiert, sie will in die Palliativstation oder Hospiz oder so und jetzt ist  
499 da ein Problem“. Und ganz ehrlich, ich meine, was bedeutet denn das, wenn sie in eine  
500 Palliativstation kommt? Sie stirbt nicht sofort, ja? Was passiert dann mit ihr, wenn sie dort  
501 ist? Ich sage Ihnen mal meine Vorstellung. Eine Palliativstation sollte eine sehr freundliche  
502 Umgebung sein, mit ganz freundlichen Fachleuten, die sich Zeit nehmen und kümmern, die



503 Menschen ganz sicherlich keine Zwangsmaßnahmen aufdrängen, die aber auf keinen Fall  
504 jemanden vorzeitig in das Jenseits befördern, das tun sie ganz bestimmt nicht. Und die  
505 möglicherweise sogar selber sagen: „Ja, mit welchem Ziel sollen wir denn die junge Frau  
506 aufnehmen? Zu uns kommen ja normalerweise Personen, bei denen das Lebensende  
507 vorgezeichnet ist und wir begleiten sie liebevoll bis zum Ende“. Würden die die überhaupt  
508 nehmen? Würden sie vielleicht sich über die Ziele ganz andere Gedanken machen? Und  
509 könnte das vielleicht ein Milieu sein, in dem sich noch was bewegt bei Ihrer Tochter? Weil  
510 nämlich, glaube ich, selbst Palliativmediziner und Pflegefachleute und Hospizmitarbeitende  
511 keineswegs auf dieser Straße zum Tod so unbeweglich unterwegs sind. Und deswegen denke  
512 ich mal, wir müssten erst mal klären, was bedeutet das, wenn sie in so eine Station kommt?  
513 Und gibt es überhaupt eine, die sie nehmen würde? Weiß man das schon? (00:36:44)

514

515 **Fr:** Ich glaube, man muss auch unterscheiden zwischen der Palliativstation, die es ja an  
516 unserem Klinikum auch gibt, und dem Hospiz. Die Station ist ja wirklich eher eine  
517 kurzfristige Geschichte. Da liegen die Patienten so im Durchschnitt zwei Wochen und da  
518 wäre ich skeptisch, ob die die wirklich nehmen. Weil in der Regel nehmen sie Patienten, die  
519 irgendwelchen schweren körperlichen Beschwerden, Symptome haben, die man lindern kann.  
520 Also es müssen jetzt nicht unbedingt Schmerzen sein, aber irgendwelche anderen Dinge. Oder  
521 dass man, ganz selten vielleicht mal, dass man noch irgendwie das soziale Umfeld irgendwie  
522 verbessern kann, aber das haben wir ja auch schon gemacht. Ich glaube, wenn, dann wäre es  
523 eher realistisch, dass sie in ein Hospiz geht. Die Hospize haben ja die Möglichkeit, bis zu  
524 sechs Monate jemanden zu behandeln. Allerdings nehmen sie nur Menschen eben mit einer  
525 Lebenserwartung unter sechs Monaten. Und die Hospize, da kann das durchaus sein, dass sie  
526 einen Platz bekommt, die sind ja überwiegend pflegerisch geleitet, da kommt dann ein Arzt  
527 mal hin. Es gibt ganz selten, soweit ich weiß, schon auch Patienten, die dann wieder entlassen  
528 werden aus dem Hospiz, wenn es ihnen besser geht. Also es ist in dem Fall auch keine  
529 Einbahnstraße, wie du sagst, man sozusagen muss da nicht/ (00:38:00)

530

531 **C:** Man muss nicht sterben. (00:38:01)

532

533 **Fr:** Ich könnte mir allerdings vorstellen, das ist halt die Frage, wie sie dann damit umgeht, die  
534 Anna. Ob sie dann das Essen und Trinken ganz einstellt, und wenn sie es ganz einstellt, dann  
535 haben wir natürlich eine Situation, wo man sagen muss, ohne zu Trinken lebt man vielleicht/  
536 (00:38:19)

537

538 **C:** Sind die Aussichten beschränkt. (00:38:20)

539

540 **Fr:** Vielleicht eine Woche oder/ Also da wird es dann schon lebenskritisch. (00:38:25)

541

542 **Fi:** Also ich habe genau das, was Sie gesagt haben, habe ich ihr schon gesagt. Und zwar war  
543 das in dem Fall, wo ich eben vorhin erwähnte, ich sage ihr auch mal so wirklich ganz  
544 knallhart, wie ich es sehe. Und ich sehe es so wie Sie, weil ich ihr wirklich direkt gesagt habe,  
545 du gibst ja zu erkennen und sagst ja auch sehr oft, dass du intelligent bist und alles  
546 durchschaust. Ich habe ihr gesagt, was glaubst du, was du in diesem Hospiz eigentlich machen  
547 wirst? Du nimmst eigentlich einem, der das wirklich nötig hat, den Platz weg. Weil du wirst  
548 nicht da reingehen und einfach, man kann nicht auf den Kalender gucken, wann du dann  
549 endlich verstirbst, was du dir da so wünschst. Und ich habe ihr gesagt, wenn du wirklich nur  
550 dahin willst, um deine Ruhe zu haben, weil du denkst, da lässt man dich in Ruhe, dann glaube  
551 ich, A, dass du dich eigentlich täuschst, dass man dich wirklich in Ruhe lässt, und B, wenn du  
552 wirklich deine Ruhe haben willst von uns oder von dieser Art der Behandlung, dann gibt es  
553 eigentlich, würde ich sagen, andere Möglichkeiten. Ich habe ihr wirklich vorgeschlagen:  
554 „Eben diesen Kindergarten, den wir da so oft beobachten, wenn du deine Ruhe haben willst  
555 und irgendwie so gern auch die Kinder anschaut, ab und zu sagst, ach ja, das würde mir  
556 vielleicht mal gefallen mit Kindern zu arbeiten, dann, warum machen wir das nicht? Wieso  
557 gehen wir nicht hin und fragen, ob du dich irgendwie nützlich wirst. Da hast du auch Ruhe  
558 von uns“. (00:40:01)

559

560 **C:** Das würde ja sehr dem Vorschlag des Vaters entsprechen, sich nützlich, oder sagen wir  
561 mal, gebraucht zu werden. (00:40:08)

562

563 **Wo:** Ja, das ist diese andere außerhalb des Krankenhauses. (00:40:11)

564

565 **Fi:** Das ist das andere Extrem. (00:40:12)

566

567 **C:** Ist sie denn fit genug für so was? (00:40:14)

568

569 **Fi:** Sie ist, würde ich sagen, nicht fit genug. (00:40:16)

570

571 **Wo:** Ja aber ob das möglich ist, das ist ja alles/ (00:40:17)  
572  
573 **C:** Wie bitte? (00:40:17)  
574  
575 **Fi:** Ich würde nicht sagen, dass sie jetzt fit genug ist so. (00:40:20)  
576  
577 **C:** Aber sie könnte es. (00:40:21)  
578  
579 **Fi:** Ob sie jetzt wirklich ein Kind wirklich hochheben und so, aber ich habe gesagt, dann lass  
580 uns doch mal da fragen, ob du mal einen Tag, ich würde ja mitgehen, und dass du mal siehst,  
581 was macht eine Kinderpflegerin erst mal. Gibt ja immer die Kinderpfleger und Kindergärtner  
582 und wenn dir das gefällt, also versuche, dich nützlich zu machen, vielleicht gefällt es dir. Und  
583 dann wirst du sehen, wie du gebraucht wirst, und dann wirst du einfach merken, dass du  
584 körperlich fitter werden musst, um da mitzuhalten. Und sie irgendwie so auf eine Art so  
585 bisschen Finte oder so eine Schleichweg, oder einfach das extreme Gegenteil von einem  
586 Hospiz. Also es ist vielleicht nur Illusion von mir, aber/ (00:41:04)  
587  
588 **Fr:** Also ich meine, es ist natürlich auch die Frage, ob so ein Kindergarten dann eben sie  
589 nehmen würde. (00:41:08)  
590  
591 **Fi:** Ja, natürlich. (00:41:08)  
592  
593 **Fr:** Was sie mir in der Therapie gesagt hat, ist, dass sie gerne, sozusagen sie hat ein großes  
594 Ziel, sie möchte ihren Lebensbericht schreiben. Und da stellt sie sich vor, das wäre sozusagen  
595 in einem Hospiz hätte sie die Ruhe, so eine Art Autobiographie, Bericht zu schreiben, also sie  
596 schreibt ja auch Tagebuch, das ist so ein großes Ziel, was sie mir gesagt hat. (00:41:30)  
597  
598 **C:** Bei mir bewegt sich da jetzt allerhand in der Phantasie. Und Hospiz, Palliativstation,  
599 Kindergarten, das sind ja, glaube ich, Metaphern für einen Platz, wo sie nicht bedrängt wird,  
600 wo sie sie selber sein oder werden kann und wo sie etwas leisten kann, oder? Und da liegen  
601 Sie mit Ihrer Idee, Talente zu fördern, ja genau auf derselben Linie. Nur glaube ich  
602 persönlich, aber das wisst Ihr besser, ob da wirklich eine medizinische Einrichtung der  
603 richtige Platz ist, ich meine, da fällt mir ein der Zauberberg, oder? Thomas Mann, also ich  
604 meine, Sanatorium, für Betuchte. Und da wäre ja dann keine PEG-Sonde. Aber man würde

605 Essen und Trinken angeboten bekommen und sie würde ja, damit sie ihr Buch schreiben kann,  
606 schon etwas zu sich nehmen müssen, weil sonst wird das Buch nicht fertig. (00:42:30)  
607  
608 **Fi:** Das könnte man ihr natürlich auch als Schmankerl hinlegen. (00:42:35)  
609  
610 **Wo:** Das könnte man zum Beispiel, ja. (00:42:35)  
611  
612 **Fi:** „Du willst doch das Buch schreiben“. Das wäre natürlich toll, wenn sie sich auf diesen  
613 Weg, dass sie da nicht so eine Art Testament hinterlässt, sondern so eine Art Buch hinterlässt,  
614 was andere Jugendliche, oder, ja, lesen und es dann/ das wäre natürlich die positive  
615 Ummünzung und nicht das Testament, das hinterlegen, sondern: „Ich schreibe mal über meine  
616 abenteuerliche Reise durch diese Krankheit“. Also das sind natürlich, hoffentlich, nicht nur  
617 schöne Fantasien. (00:43:07)  
618  
619 **Wo:** Ja, das weiß man eben nicht. (00:43:10)  
620  
621 **Fi:** Aber man müsste es versuchen. (00:43:12)  
622  
623 **Wo:** Aber das ist einfach ein Weg, den man vielleicht gehen sollte. Man sollte einfach die  
624 Möglichkeit versuchen, sie auf andere Wege zu leiten, damit sie erkennt, dass sie gebraucht  
625 wird und dass das Leben noch einen Sinn hat. (00:43:24)  
626  
627 **Fr:** Aber ich höre jetzt so ein bisschen raus, sozusagen, also dass sie das Buch schreiben soll  
628 und dass das eben außerhalb eines medizinischen oder streng akutmedizinischen Kontext ist.  
629 (00:43:34)  
630  
631 **Wo:** Es kann ja auch ein Sanatorium sein. (00:43:34)  
632  
633 **C:** Wenn Sie eines finden. (00:43:37)  
634  
635 **Fr:** Was man natürlich berücksichtigen muss, ist, dass es natürlich auch ein Risiko darstellt.  
636 (00:43:41)  
637  
638 **C:** Risiko für? (00:43:44)

639

640 **Wo:** Wieso Risiko? (00:43:45)

641

642 **Fr:** Naja, Risiko eben, weil sich das ja auch dann verschlechtern kann, es gibt sozusagen  
643 keine medizinische Kontrolle, es gibt keine Ansprache, was ist, wenn sie irgendwelche  
644 körperlichen Komplikationen bekommt. (00:43:57)

645

646 **C:** Entschuldigung, bevor du das ausarbeitest, ich denke, das wäre etwas, was davon abhinge,  
647 wie man den Plan mit ihr macht. Also ich kenne jetzt kein Sanatorium, das geeignet ist,  
648 außerhalb der Literatur. Also der Zauberberg steht nicht zur Verfügung. Aber ich meine,  
649 wenn man so ein Etablissement fände, dann könnte man ja auch austüfteln, wie man sich um  
650 sie kümmert und woran man merken würde, dass es kritisch wird und so weiter und so weiter.  
651 Aber der springende Punkt, der mich hier jetzt noch beschäftigt, ist, noch mal  
652 zurückkommend auf die Frage, welchen Respekt schulden wir ihr, der erwachsenen Person,  
653 die über ihr eigenes Leben verfügen darf, obwohl sie da eine Menge Leute unglücklich macht  
654 und hin und her reißt emotional. Was schulden wir ihr an Respekt und wie viel  
655 Selbstbestimmung. Und an dem Punkt möchte ich gern noch mal ansetzen, ohne  
656 wegzuwischen, dass Sie ja um sie kämpfen wollen, dass Sie ja auch den Lebenswillen  
657 abtasten, dass du keine fahrlässigen Unterlassungen verantworten willst und darfst, nämlich,  
658 was könnte man tun, dass Anna in das Gefühl reinkommt, dass sie wieder an der Steuerung  
659 ihres Lebens beteiligt wird, nicht, dass sie damit alleine gelassen wird, sozusagen als  
660 schwacher Kapitän auf einem großen Segler, den sie nicht steuern kann, sondern so, dass sie  
661 am Wind spürt: „Ich kann den Kurs beeinflussen, aber ich bin nicht allein“. Das ist schon  
662 bisschen was anderes. Aber von der Philosophie her ist es eine gewisse kleine Provokation an  
663 die etablierte Psychotherapeutenphilosophie, die ja sagen, anorektische Patientinnen, die  
664 mögen auf dem Papier urteilsfähig sein, aber sie sind so verändert, dass sie ja gar nicht wissen  
665 können, was sie wollen. Und ich habe jetzt da keine empirische Grundlage, ich habe nur  
666 Einzelfälle. Aber die Erfahrungen, die ich in den letzten paar Jahren gemacht habe mit  
667 solchen Ausgangslagen, die haben mich auf die Hypothese gebracht, mehr ist es nicht. Es ist  
668 kein Wissen, es ist nur eine Annahme, dass in dieser, ja, hochdifferenzierten  
669 Betreuungsphilosophie die Patientinnen das, was ihnen ohnehin so schwer fällt, nämlich sich  
670 als selbststeuernd zu erleben, noch weiter abhandenkommen kann. Weil sie diese Regime mit  
671 dem Wiegen und mit dem Essen und Trinken und so weiter, das empfinden sie ja als fremd  
672 und als aufgedrückt. Und gleichzeitig ist es aus der Sicht der Behandelnden unbedingt

673 notwendig, weil sie sonst vielleicht sterben könnte und so weiter. Und dass man trotzdem  
674 versucht, sie ein Stück weit wieder in die Selbstverantwortung mit rein zu bringen und auch  
675 ein bisschen Risiko mit aushält, das ist auch für Sie dann vielleicht schwierig, weil man dann  
676 von der Rettungsidee etwas Abstand nehmen muss, denn die Rettung erfolgt dann durch die  
677 Patientin selber. Man sieht sich dann weniger als Retter, sondern als Begleiter auf einem Weg,  
678 selber wieder auf die Füße zu kommen, das ist ja ein bisschen was anderes. Und von daher  
679 habe ich ein paar sehr technische Fragen. Es ist jetzt wirklich zu dem Ganzen, was wir  
680 besprochen haben, ein bisschen wie eine kalte Dusche, aber ich muss es trotzdem einfach mal  
681 fragen. Die Patientin ist urteilsfähig. Sie ist mündig. Aber sie thematisiert ja die ganze Zeit ein  
682 mögliches Ende. Sie bringt die Eltern in Wallung, sie bringt die Teams in Bewegung. Hat sie  
683 denn unter Umständen schon mal über eine Patientenverfügung was gesagt? Dass sie  
684 aufschreiben möchte, was im Fall X geschieht und was nicht. Weil das würde ja eigentlich zu  
685 diesem Denken sehr gut passen. (00:48:15)

686

687 **Fr:** Mir ist nichts bekannt. (00:48:18)

688

689 **C:** Wenn wir uns einen kurzen Moment damit beschäftigen würden, glaube ich, kommen wir  
690 in den Kern der Ambivalenz rein. Weil Patientenverfügung klingt ja normalerweise so wie  
691 ach, da will jemand sein Ende festlegen und das ist genau das, was Sie nicht wollen. Genau  
692 wie Sie auch sagen: „Hospiz, nein, also so ein Ende wollen wir auf keinen Fall“. Aber eine  
693 Patientenverfügung erlaubt ja auch, in einen Nachdenk- und Beratungsprozess mit der  
694 Patientin zu kommen und zu sagen: „Wenn du kreislaufmäßig oder stoffwechselmäßig in  
695 einen kritischen Zustand kommst, sollen wir dich dann auf die Notfallstation bringen? Sollen  
696 wir dich am Leben erhalten, damit du es dir noch mal neu überlegen kannst, oder ist das der  
697 Tag, an dem du sterben willst? Verpflichtest du uns, dich dann sterben zu lassen?“. Da gehen  
698 Sie ein Risiko ein als Vater und Mutter. Weil es könnte ja sein, die Anna sagt: „Genau!“. Ja,  
699 aber ich bin mir gar nicht sicher, ob sie das sagen würde. Ja? Ob man ihr nicht vielleicht doch  
700 ein bisschen mehr Kapitänswürde zusprechen kann, und dann aber auch bei ihr bleiben, nicht  
701 einfach nur ein Formular hinlegen und so weiter. Dass man dann sagt: „Ja, aber was ist jetzt  
702 mit dem Buch? Das würde ja dann alles nicht mehr stattfinden“ und so weiter. Und ich würde  
703 gerne, also ich kann es nicht entscheiden für Sie, aber ich würde Ihnen gerne diese  
704 Denkmöglichkeit ein bisschen/ (00:49:46)

705

706 **Fr:** Also wenn ich das richtig verstehe hast du so ein bisschen die Hoffnung auch, dass sie  
707 sozusagen diese Beschäftigung mit, ganz konkret mit Sterben und was sein kann bei  
708 verschiedenen körperlichen Komplikationen, also Herzstillstand ist natürlich durchaus  
709 denkbar im Rahmen einer Elektrolytentgleisung, und dass diese Beschäftigung sie sozusagen  
710 eher wieder zurückbringt zum Leben oder sie so ein bisschen abschreckt von diesem  
711 Gedanken, oder? (00:50:15)

712  
713 **C:** Meine Hypothese, und mehr ist es nicht, ist, dass, wenn sie wirklich erleben würde, die  
714 Leute, die ich vorher vielleicht als Phalanx von Fremdbestimmung abgetan habe, bei aller  
715 Sympathie, ja, aber doch als Leute, die versuchen, ihren Stiefel auch durchzuziehen, ob ich  
716 will oder nicht, so ungefähr. Wenn die jetzt kommen und glaubwürdig sagen: „Es kommt ja  
717 auf dich an. Natürlich leugnen wir nicht, dass wir dich bei uns haben wollen und nicht im  
718 Jenseits. Aber wir wollen dir gerne die Möglichkeit bieten, deine Ziele, Klammer auf,  
719 Talente, Klammer zu, auszuleben, ohne, dass wir da Druck darauf ausüben. Und das zeigen  
720 wir dir, indem wir dir sogar vorschlagen, eine Patientenverfügung aufzustellen, an die wir  
721 versprechen, uns zu halten, damit du siehst, wir nehmen dich ernst und du darfst wirklich  
722 selbst bestimmen“. Und sie darf dann auch sagen: „Wenn ich mal im Koma bin, dann will ich  
723 das und das nicht mehr“ und wir würden versprechen, das auch zu respektieren bei aller  
724 Trauer oder so. Aber dann würde ein wahrscheinlich größerer Bereich auf der Seite des  
725 Lebens vielleicht erschlossen werden. Also ich würde es vielleicht mal versuchen, oder  
726 zumindest überlegen. Und wir machen uns ja jetzt lauter Gedanken ohne die Anna. Also ich  
727 denke mal, da wäre doch dann eine Gesprächsstrategie, die sie sich zusammen überlegen  
728 können, ob Sie sie da ein bisschen in Bewegung bringen können. Was mir eben wichtig ist,  
729 der Begriff Patientenverfügung bezieht sich meistens auf körperlich todkrank oder  
730 Menschen, die das antizipieren und festlegen wollen. Auch zum Beispiel um ihre  
731 Angehörigen zu unterstützen, dann für sie zu entscheiden und so weiter. Wo man dann auch  
732 einen Stellvertreter benennen kann, der einem wichtig ist. Und wenn man jetzt sagt, in der  
733 Psychiatrie spricht man ja eher von Verhandlungsvereinbarungen, wenn jemand  
734 vorübergehend sich nicht entscheiden kann, dass man die Therapie trotzdem weitermachen  
735 darf und so weiter. Und mir ist es eigentlich völlig gleich, wie sie das nennen. Aber ich halte  
736 es für keine schlechte Idee, mal zu überlegen, ob man der Anna vorschlagen will, wer sollte,  
737 falls sie im Moment nicht urteilsfähig wäre, an ihrer Stelle entscheiden, wen möchte sie da.  
738 Das ist ein Akt der Selbstbestimmung, dass sie sich jemanden aussucht. Und das zweite wäre,  
739 dass sie sich überlegt, in welchen Fällen will sie medizinische Hilfe, um am Leben zu bleiben,

740 Stichwort Ziele verfolgen, und in welchen Fällen verbietet sie es. Und sie darf das! Und das  
741 ist praktisch geben und nehmen. Sie würden vielleicht zähneknirschend und vielleicht mit  
742 Trauergefühlen ihr einräumen, dass sie auch Schluss machen darf. Aber Sie würden sie doch,  
743 ja, mobilisieren, dass sie sich überlegt, wie viel sie an Medizin noch bereit ist zu tolerieren,  
744 damit das Flämmchen nicht erlischt. Und vielleicht hat sie es auf die Weise sich noch nicht  
745 überlegt. Die Schwierigkeit scheint mir darin zu liegen, dass sie so eine lange  
746 Krankengeschichte hat. Und ich glaube schon, dass sie anständig behandelt worden ist und  
747 das glaube ich alles. Aber ich vermute halt, dass es ungewollte Nebeneffekte gibt, dass eine  
748 Patientin mit so einer Krankengeschichte sich sehr, sehr fremdbestimmt oft gefühlt hat. Vom  
749 System, von den Regeln, von dem Ganzen. Und dass sie vielleicht auch kein Gefühl mehr hat  
750 dafür, dass die Therapieziele eigentlich ihre sein sollten. Deswegen würde ich eben  
751 vorschlagen, mit ihr über Ziele zu sprechen. (00:54:07)

752

753 **Fi:** Also ich empfinde das auch als ein positives, so, austricksen. Weil ich mir denke, dass  
754 wenn sie so, was wir ja gar nicht verstehen, wenn sie immer sagt, die Ärzte verstehen sie  
755 nicht. Da habe ich auch manchmal so die Vermutung gehabt, sie möchte ein bisschen auch  
756 ausreizen, wie weit sie irgendwie gehen darf oder, also vielleicht versteht sie unter nicht  
757 verstehen eben, dass wir ihr natürlich ihr alles aufstülpen, dass Sie sagen, sie kann nicht selber  
758 entscheiden und fühlt sich seit sie ein Kind ist wahrscheinlich fremdbestimmt, zuerst durch  
759 vielleicht das Schönheitsideal, was auf die kleinen Mädchen schon, da fühlen sie sich  
760 fremdbestimmt, weil wir auch darüber gesprochen haben, wieso du nicht denn, bei deiner  
761 Intelligenz, diese Wahrnehmung, du siehst, du bist nicht/ Also es würde jetzt mir sehr  
762 gefallen, weil ich denke dann sehen wir vielleicht, was sie uns vorwirft, dass wir  
763 wahrscheinlich nicht intelligent genug sind, dass wir noch zwei Schritte voraus sind und ihr  
764 praktisch dieses Angebot machen. (00:55:22)

765

766 **C:** Darf ich Sie mal ganz kurz unterbrechen? Es ist so, sie sagen jetzt schon zum, weiß nicht,  
767 zweiten Mal oder so, diese Wort austricksen. Und ich muss darauf irgendwie reagieren. Es ist  
768 so, ich könnte mir vorstellen, dass diese Wort austricksen von Ihnen benützt wird, weil Sie  
769 etwas bezeichnen wollen, wovon ich eigentlich denke, ich würde es anders nennen. Das ist  
770 eine Metastrategie. Sozusagen, wir lassen uns nicht im Detail mit ihr auf einen Kampf ein,  
771 sondern wir distanzieren uns, also jetzt gedanklich, man weiß ja nicht, ob es geht und ob Sie  
772 das überhaupt so beschließen würden. Aber man würde da aufhören, mit ihr im Clinch zu  
773 arbeiten. Sondern man ihr ganz einfach sagen: „Es kommt ja auch dich an! Und lass uns doch



774 mal dir dabei helfen, herauszufinden, was du möchtest“ und so weiter und so weiter. Und  
775 dann diese Punkte durchzugehen, was machen wir, wenn du einen Kollaps kriegst et cetera, et  
776 cetera. Und ich würde das eigentlich nicht als Trick ansehen, aber es ist natürlich ein Schritt.  
777 Und dieser Schritt wäre praktisch der Weg, um aus diesem etwas unproduktiven Festgehängt  
778 sein in dem, ja, so/ Weil ich einfach dieses mit dem Trick, das kann ich für mich jetzt nicht  
779 übernehmen, sagen wir so. (00:56:49)

780

781 **Fi:** Klar. Es ist leichtfertig, so ein, aber/ (00:56:53)

782

783 **C:** Ich würde es auch nicht als Trick verkaufen. (00:56:56)

784

785 **Fi:** Nein. Das würde ich ihr nie so sagen, also das ist ja klar. (00:56:59)

786

787 **Fr:** Wobei ich schon dazusagen muss, also ich finde auch die Idee mit der Patientenverfügung  
788 gut, dass wir das Angebot machen, dass wir ihr sagen, das wäre eine Möglichkeit, sozusagen  
789 noch mal tatsächlich Selbstbestimmung, ja, zu praktizieren und wir bieten ihr an, sie zu  
790 beraten. Ich bin aber doch etwas skeptisch. Ich meine, wir arbeiten schon lange mit ihr  
791 natürlich auch ressourcenorientiert. Wir arbeiten sozusagen, wir versuchen natürlich, sie  
792 einzubeziehen. Es ist ja nicht so, dass wir, oder dass auch in der Therapie sozusagen immer  
793 nur konfrontativ gearbeitet wird. Sondern natürlich haben wir auch, und das wurde auch  
794 vorher schon versucht, sozusagen immer die Kooperation sozusagen mit ihr, also kooperativ  
795 vorzugehen. Ich könnte mir vorstellen, sozusagen, dass sie auch sagt, werden wir sehen,  
796 entweder sie möchte die Patientenverfügung ganz alleine machen, ohne natürlich im Kontakt  
797 mit uns zu sein, oder sie lehnt das komplett ab. Oder sie macht das, und dann sind wir aber  
798 immer noch vor der Frage, wenn sie immer noch in das Hospiz will, wie gehen wir damit um.  
799 (00:58:00)

800

801 **C:** Auf jeden Fall, also die Frage ist noch nicht geklärt. (00:58:02)

802

803 **Fr:** Die Frage ist noch nicht gelöst. (00:58:03)

804

805 **C:** Nein, das ist schon richtig. (00:58:04)

806

807 **Fr:** Genau. Ich glaube, wir sollten das versuchen, als ein Angebot, aber es könnte ja sein, dass  
808 sozusagen die eigentliche Frage noch nicht gelöst ist. (00:58:14)

809

810 **C:** Ich notiere nur mal ganz kurz, weil wir das ja dann auch geordnet haben wollen, das  
811 bekommen Sie ja dann auch zum Lesen. Eine Option wäre, aber ob die Option verfolgt wird,  
812 das entscheiden Sie, nicht ich, eine Option, an der wir jetzt rumexperimentiert haben, ist, ihr  
813 so was anzubieten, eine Patientenverfügung mit Gesprächsangebot, so. Und zwar unter dem  
814 Titel, dass es ein Ausdruck des Respekts von Ihrer, unserer Seite für ihre Selbstbestimmung  
815 ist. Und in der Patientenverfügung sollte dann eigentlich auch thematisiert sein, wie mit  
816 Zwang umgegangen wird. Ob Sie das zum Beispiel kategorisch ausschließt, oder ob sie selbst,  
817 wenn sie nachdenkt, sagt: „Ich könnte mir vielleicht vorstellen, dass es Situationen gibt, wo  
818 ich doch froh bin, dass das angewendet wird, aber nicht länger als, oder nicht, ohne mich das  
819 und das zu fragen“ und so weiter und so weiter. Also die ganzen heißen und kontroversen  
820 Fragen, die sollte sie sich vorlegen und festlegen, woran sie Sie binden will. Und das hat sie ja  
821 noch nie tun dürfen. (00:59:27)

822

823 **Wo:** Das ist richtig, ja. (00:59:29)

824

825 **C:** Ja, und das ist sozusagen die Idee, aus dem Clinch auszusteigen mit ihr, weil sie ja nun  
826 auch erwachsen ist und sie ist Expertin, wie du gesagt hast. Sie will zwar nicht immer, was  
827 die Eltern möchten, aber das ist nun mal so. Also das wäre die Option. Und das andere ist ja,  
828 dass man auf die Anfrage der Anna jetzt irgendwie eine Haltung findet, wie man darauf  
829 antworten will, ob man sagt, ja, also wir sind voll begeistert von der Idee, oder wir sind  
830 vollkommen dagegen, oder niemand kann sich einigen, das heißt praktisch nein. Und dann ist  
831 natürlich die Frage: auf welcher Rechtsgrundlage kann man ihr denn so einen Wunsch  
832 abschlagen? Ich meine, natürlich kann die Palliativstation sagen, sie kommt für uns nicht in  
833 Frage. Und das Hospiz kann auch sagen, nein. Aber auf welcher Rechtsgrundlage kann man  
834 einer erwachsenen Person einen Wunsch abschlagen, weil man ihn unvernünftig oder falsch  
835 findet? Ja, da müsste man sich dann schon was überlegen. Da müsste man dann noch mal über  
836 die Urteilsfähigkeit reden, das ist dann schon nicht so einfach. Trotzdem verstehe ich  
837 natürlich, dass man einen Weg sucht, sie davon abzubringen. Und da wäre jetzt eigentlich, ja,  
838 unser Exkurs mit dem Sanatorium, Kindergarten und so weiter, der wäre ganz interessant. Ich  
839 glaube, dass in diesem, das ist ja eine Mischung aus Plänen und Fantasien, die zum Teil nicht  
840 sehr realistisch sind, aber wo man doch mal nachforschen könnte, was könnte vielleicht

841 umsetzbar sein. Gibt es einen Ort, wo jemand wie sie Ruhe findet, um etwas zu tun, wo man  
842 trotzdem die Möglichkeit hat, nach ihr zu gucken. Nicht? Damit auch deine ärztliche Seele  
843 beruhigt werden kann und die väterliche. (01:01:22)  
844  
845 **Fr:** Ich meine, es gibt natürlich solche Langzeiteinrichtungen, auch für Essgestörte, wo sie  
846 natürlich dann wiederum mit anderen zusammen ist, wo sie auch schon drinnen war.  
847 (01:01:34)  
848  
849 **Fi:** Sie kommt ja praktisch aus so einer Einrichtung. (01:01:33)  
850  
851 **C:** Da kennt sie sich schon aus. (01:01:32)  
852  
853 **Fr:** Ich glaube, das wäre eher nicht so ideal und andere, sozusagen komplett außerhalb des  
854 medizinisch-therapeutischen Kontextes, ist natürlich die Frage, zu Hause/ (01:01:46)  
855  
856 **Wo:** Geht nicht. (01:01:47)  
857  
858 **Fr:** Oder, was sagen Sie, geht nicht? (01:01:50)  
859  
860 **Wo:** Die Gefahr ist zu groß. Weil, wenn da was passieren sollte, das kann man ja gar nicht/  
861 (01:01:54)  
862  
863 **Fr:** Ja, ich meine, Sie müssen ja auch arbeiten und genau. (01:01:56)  
864  
865 **Wo:** Richtig. Meine Frau ist zu Hause und die ist krank und die ist einfach nicht mehr in der  
866 Lage. Also das wäre, wir würden es gerne machen, auch wenn wir mit einer Station arbeiten  
867 Tag und Nacht, das Geld ist nicht das entscheidende, sondern es geht hier einfach darum, dass  
868 sie einfach physisch bei uns durch meine Frau selbst zu stark belastet wird, dass wir es nicht  
869 machen können. (01:02:18)  
870  
871 **Fr:** Was natürlich vielleicht möglich ist, es gibt bestimmte Wohngruppen, die sozusagen dann  
872 eine gewisse Betreuung haben durch die Sozialarbeiter oder Pflegekraft, dass man sagt, eine  
873 Wohngruppe mit anderen zusammen/ (01:02:33)  
874

875 C: Das ist mir gerade auch durch den Kopf geschossen und normalerweise ist es so, dass ich  
876 da nicht versuche, herum zu dilettieren, weil das nicht mein Fach ist, sondern, dass wir da den  
877 Sozialdienst fragen. (01:02:43)

878

879 Fr: Genau, das können wir noch mal/ (01:02:44)

880

881 C: Intensivist befragen, oder vielleicht sogar mehrere, weil die ja unterschiedliche Felder  
882 kennen, und jetzt im Moment habe ich nur Fantasien, vielleicht geht es Ihnen auch so, aber  
883 man müsste das so mit Realität füllen. Und dann wäre aber erst recht wieder das Gespräch mit  
884 der Anna, noch mal einen Schritt zurück zu gehen und zu sagen, willst du in das Hospiz, weil  
885 du Todessehnsucht hast? Oder geht es wirklich um das in Ruhe gelassen werden und etwas  
886 Positives zu tun? Natürlich ist Ihnen das zweite lieber und uns auch. Aber ich glaube, ein  
887 ehrliches Gespräch darüber würde sich angesichts der Patientenverfügungsdiskussion leicht  
888 ermöglichen lassen und wenn man jetzt den Mut aufbringt, mit ihr ehrlich zu reden und diesen  
889 Respekt auch zu leisten, dann würde ich halt hoffen, nach dem, was Sie von Anna erzählt  
890 haben, dass sie dann selber nicht trickst, sondern dass sie dann erstens ins Nachdenken kommt  
891 und dann auch bereit ist, diese Gedanken zu teilen. Da muss die Anna, wenn ich mich mal  
892 experimentell in Ihre Lage versetze, oder das zumindest versuche, muss natürlich auch den  
893 Vertrauensvorschuss haben, dass das jetzt kein Trick ist. Also dass der Respekt echt ist und  
894 dass dann die ganzen anteilnehmenden Personen von ihrem therapeutischen Eifer dann auch  
895 mal ein bisschen Abstand nehmen, weil sonst ist es ja nicht ganz echt. Also das ist schon auch  
896 für Sie jetzt natürlich eine schwierige Aufgabe. Aber ich würde sagen, wir haben jetzt so viele  
897 Überlegungen angestellt, wie gesagt. Also um noch mal darauf zurück zu kommen, wir haben  
898 hier eine Patientin besprochen, die erwachsen ist, man kann ihr die Autonomie nicht  
899 absprechen, auch wenn sie noch so unvernünftig oder sinnlos scheinende Wünsche hat. Und  
900 das Medizinsystem ist nicht dafür da, gegen Patientenwünsche zu verstoßen im Auftrag von  
901 irgendwelchen höheren Wertvorstellungen. Dafür braucht man eine richtig anstrengende  
902 Rechtfertigung, die ich hier im Moment nicht sehe. Und um aus dieser kniffligen Lage  
903 herauszukommen, weil ja viel dafür spricht, „alles“ klingt so dumm, aber möglichst alles  
904 Mögliche zu versuchen, damit sie selber wieder besser am Leben festhalten kann, dass man  
905 versucht, wirklich die Haltung des Respekts noch deutlicher ihr zum Ausdruck zu bringen,  
906 damit sie eben nicht aus „nein sagen müssen“ diese Verweigerung fortsetzt. Und die  
907 therapeutische Philosophie, die seit Jahrzehnten etabliert ist, geht halt im Prinzip davon aus,  
908 dass man null Risiko eingehen sollte und dass die Patienten erst autonom werden, wenn sie

909    genommen haben. Und da hat die psychotherapeutische Zunft sich so ein bisschen selber  
910    sehr eingeschränkt, sagen wir mal so. (01:06:03)  
911  
912    **Fr:** Klar, es würde natürlich bedeuten, wir gehen ein Risiko ein und sozusagen trauen ihr  
913    Autonomie zu oder geben ihr sozusagen einen Vorschuss und hoffen einfach, dass es dann in  
914    die richtige Richtung geht. Wenn ich das so richtig verstehe. (01:06:17)  
915  
916    **C:** Ja, ich meine, ehrlich, ich habe leicht reden, ja, Sie haben jetzt die Folgegespräche.  
917    (01:06:23)  
918  
919    **Wo:** Ich glaube, es ist ein Weg, der richtig ist. (01:06:25)  
920  
921    **C:** Und Sie stehen ja auch existenziell in der Situation, was wir jetzt gar nicht besprochen  
922    haben, war sozusagen der verzweifelte Appell: „Und sonst gehen wir nach Amerika“. Und ich  
923    glaube ganz ehrlich, das schaffen wir jetzt in dieser Sitzung nicht mehr, nicht nur, weil die  
924    Zeit fortgeschritten ist, sondern ich glaube, wir haben so viele Inhalte gehabt, wenn es dazu  
925    kommen müsste, dann glaube ich, dann sollte man das noch mal separat geordnet besprechen,  
926    statt jetzt so/ (01:06:52)  
927  
928    **Wo:** Ja, das steht auch nicht zu Diskussion. Haben wir gar kein Interesse daran, nur wir  
929    sagen, der letzte Strohalm, dann greifen wir dazu. (01:06:59)  
930  
931    **C:** Gut. (01:07:00)  
932  
933    **Wo:** Das ist einfach, wir wollen sie nicht sterben lassen. (01:07:04)  
934  
935    **C:** Haben Sie jetzt das Gefühl, wenn Sie überlegen, wir haben irgendwas vergessen? Das  
936    haben wir vertagt, für den Notfall. Haben wir irgendetwas vergessen? Haben wir uns über  
937    etwas getäuscht? Oder haben wir uns irgendwo missverstanden? Oder gibt es eine Lücke? Ich  
938    gucke selber auch noch mal. (01:07:25)  
939  
940    **Wo:** Ich glaube fest, dass, wenn wir sie in dem Moment erwischen, wo sie richtig spricht und  
941    aufnimmt und wir dann das Gespräch führen in diesem Moment, nur weiß nicht, wann der  
942    Moment ist, das ist eben das schwierige bei der ganzen Sache. Wenn man wüsste, dass, wenn

943 sie voll da ist und wir das Gespräch führen dann mit ihr, dass sie dann auch voll dahintersteht  
944 und es erkennt. Ich glaube einfach, dass sie schwankt. Sie weiß nicht wohin und sieht ihren  
945 Strohalm nicht. Und ich glaube einfach, wenn man tatsächlich mit ihr spricht, was Sie auch  
946 schon (unv.) gemacht haben, ihr genau das aufzuzeigen. Aber gerade diese  
947 Patientenverfügung, ein Weg der Ehrlichkeit, der Offenheit, zu bekennen, das ist die  
948 Situation, da muss ich mich jetzt zu entscheiden. Und da muss ich hingehen. Und da hab ich  
949 das oder das oder jene Möglichkeiten. Dann kann ich einen Weg sehen und einen Nutzen.  
950 Und vielleicht, auch wenn das Risiko groß sein sollte, sollte man diesen Weg gehen, bevor  
951 man alles andere macht. (01:08:42)

952

953 **Fr:** Also ganz konkret hieße das jetzt sozusagen, wir bieten ihr an, tatsächlich über eine  
954 Patientenverfügung zu sprechen, ihr auch sozusagen die Materialien zu geben, die  
955 Information zu geben, und würden sozusagen den Wunsch nach Hospiz erst mal  
956 zurückstellen. Oder sollen wir sozusagen das gleich, sollen wir das erkunden oder wie? Jetzt  
957 praktisch gesehen. (01:09:11)

958

959 **C:** Es liegt mir völlig fern, mich in deine Gesprächsleitung einzumischen. Aber meine Vision  
960 wäre ein so bisschen anders. Also im Inhalt nicht, sondern nur in der Art, wie man das bringt.  
961 Ich würde mir vorstellen, jemand, oder Sie, oder alle, oder jeder einzeln gehen zur Patientin,  
962 wird ja irgendwie neugierig sein, was haben die da geredet, oder? Wird ja wissen wollen, wie  
963 es gelaufen ist. Und ich würde aus dem Gespräch rausgehen zur Patientin und würde sagen:  
964 „Also mir ist noch mal klargeworden, wie wichtig das ist, dass wir den Respekt doch noch  
965 mal ganz deutlich machen, den wir für dich haben. Und du weißt ja, dass es uns furchtbar  
966 schwer fällt weil wir nicht immer einer Meinung sind und so weiter, aber das ist eigentlich das  
967 Hauptergebnis und daraus folgt das folgende. Nämlich, dass wir dir sagen wollen, du hast ja  
968 noch mehr Möglichkeiten, deinen freien Willen uns gegenüber zu bekunden, als nur durch  
969 Worte oder Handlungen, sondern du kannst uns auch schriftlich festlegen und wir würden uns  
970 wünschen und hoffen, dass dir das dann mehr Sicherheit in dieser Freiheit gibt. Und dass dann  
971 auch wirklich das geschehen kann, was du willst, und unterbleibt, was du nicht willst. Das ist  
972 ja mehr. Weil das ist das, was nicht geht. Man kann sich viel wünschen und man kann es  
973 trotzdem nicht. Aber man kann Grenzen ziehen. Und deswegen wollten wir anregen, das mit  
974 einem Schriftstück mal aufzusetzen und da können wir darüber sprechen und mehrere können  
975 sprechen und so weiter. Und gleichzeitig haben wir uns natürlich die Frage mit dem Hospiz  
976 überlegt. Und was uns daran überzeugt hat, ist, offenbar willst du doch dort hin, haben wir das

977 richtig verstanden, dass du da Ruhe finden möchtest, du hast ja vor, Dinge zu tun. Und wir  
978 befürchten halt, dass das Hospiz jemanden wie dich eventuell nicht aufnehmen würde und  
979 dass die Aufenthaltszeit auch begrenzt wäre und dass die anderen Patienten, die dort sind,  
980 vielleicht nicht gerade so die einzig mögliche Gesellschaft/  
981 (01:11:24)  
982  
983 **Fr:** Nicht das richtige Umfeld/ (01:11:24)  
984  
985 **C:** Das weiß man nicht, ja, aber deswegen ist uns noch was anderes eingefallen. Und zwar  
986 haben wir fantasiert und man bräuchte eigentlich einen angenehmen Ort, da fiel uns dann  
987 Sanatorium ein und jetzt sind wir dabei, zu gucken, ob es vielleicht eine Wohnform gibt, wo  
988 du nicht dir selber überlassen bist, wo man dich aber auch in Ruhe lässt im Sinne von nicht  
989 malträtirt mit irgendwelchen medizinischen Sachen. Gleichwohl würden wir gerne auf der  
990 Basis der Patientenverfügung und dessen, was du uns erlaubst, nach dir gucken. Und schauen,  
991 geht es dir gut, hast du alles, was du brauchst oder brauchst du irgendwelche Elektrolyte oder  
992 sonst irgendwas. Wenn du das erlaubst und so.“ Und ich stelle mir vor, das würde anders  
993 ankommen, als wenn man zurückgeht und sagt, da, wie wäre es mit einer Patientenverfügung.  
994 (01:12:16)  
995  
996 **Fr:** Nein, schon klar, schon klar. (01:12:17)  
997  
998 **C:** Und ich bin ganz sicher, dass du das eh so hättest machen wollen, aber, so ähnlich. Und  
999 ich kann mir gut vorstellen, dass Sie das so machen. Und die Frage ist halt, ob Ihre Frau das  
1000 auch sich von Ihnen so vermitteln lassen würde. (01:12:32)  
1001  
1002 **Wo:** Ich glaube schon, ja. (01:12:32)  
1003  
1004 **C:** Ja dann sind wir aber einen weiten Weg gekommen, muss ich sagen. Ja, wenn dann nichts  
1005 mehr ist für den Moment, dann machen wir so weiter wie verblieben. Also ich halte noch mal  
1006 fest, das ist die Entscheidung von Ihnen, und letzten Endes von Anna, wie der Kurs ist. Die  
1007 Beratungsergebnisse sind nicht bindend für Sie, aber ich werde versuchen, das so  
1008 aufzuschreiben, dass wir uns an unsere Einigung erinnern auf diesem Weg. (01:13:00)  
1009  
1010 **Wo:** Ok. (01:13:01)

1011  
1012 **C:** Ja? (01:13:01)  
1013  
1014 **Fr:** Ok. (01:13:02)  
1015  
1016 **C:** Und das Schriftstück kann dann natürlich Anna auch gegeben werden. Und vielleicht  
1017 überzeugt sie das dann auch, dass wir wirklich ernsthaft versucht haben, ihre Autonomie  
1018 wieder in Kraft zu setzen. Ja gut. (01:13:18)  
1019  
1020 **Fr:** Ja vielen Dank, ok. (01:13:19)  
1021  
1022 **C:** Vielen Dank, alles Gute. (01:13:21)  
1023  
1024 **Fi:** Danke. (01:13:20)  
1025  
1026 **Wo:** Ok, ja, danke schön. (01:13:22)



## **8. Danksagung**

Ich möchte mich bei allen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben, bedanken.

Dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität München danke ich für die Möglichkeit der Durchführung dieser Arbeit. Den Mitarbeitern des Instituts möchte ich danken für die wertvollen Hilfestellungen.

Besonderer Dank gilt Prof. Dr. Dr. Ralf Jox für die ausgezeichnete Betreuung. Die profunde wissenschaftliche Unterstützung, die zahlreichen Anregungen und die wertvollen Ratschläge bei der Abfassung der Dissertation haben maßgeblich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen.

Ich danke den Teilnehmern der Fragebogenstudie und den Ethikberatern und Schauspielern, die an den Fallbesprechungen mitwirkten.

Abschließend möchte ich meiner Familie und meinen Freunden danken für die großartige Unterstützung und fortwährende Motivation.

## **9. Eidesstattliche Versicherung**

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 19.02.2017

Julia Heiland